

نظام التأمين الصحي في مدارس التعليم الإعدادي: فاعليته- رؤية مستقبلية

رئيس فريق البحث

أ.د. لورنس بسطا زكري

إشراف عام

أ.د. نادية جمال الدين
مدير المركز

القاهرة
٢٠٠٤

تقديـــــــم

دأب المركز القومى للبحوث التربوية والتنمية على أن تكون البحوث المقدمة من خلاله بحوث شاملة تتطرق إلى كافة مناحى المنظومة التعليمية، والتى تحرص على تحليل وتقويم السياسات التعليمية فى ضوء العوامل المجتمعية الأخرى التى تتأثر وتؤثر فيها.

ونظرا للارتباط الوثيق بين التعليم والصحة والعلاقة الجلية بينهما، حرص المركز على تناول التأمين الصحى فى المدارس ومدى فعاليته فى حل المشكلات الصحية التى يتعرض لها التلاميذ فى مراحل التعليم المختلفة.

وهناك العديد من النقاط التى ميزت الدراسة الحالية، تتمثل فى الثقل الكبير الذى أولته الدراسة الميدانية والتى حرصت على زيارة مواقع التأمين الصحى فى المدارس والعيادات والمستشفيات التى تقدم هذه الخدمة من جانب، عقد مقابلات شخصية مع الفاعلين النشطاء فى مؤسسات المجتمع المدنى المعنية بقضايا الصحة بالإضافة إلى مقابلات مع بعض الأطباء العاملين فى هيئة التأمين الصحىمما ساعد الباحثين على التطرق إلى بعض التفصيلات الصحية مما أثرى الدراسة وخاصة فى شقيها النظرى والميدانى.

ويأمل القائمين على الدراسة أن تكون قد أجابت على بعض التساؤلات الهامة التى تشغل بال الكثيرين المهتمين بقضايا التعليم والصحة والتنمية المجتمعية، وأن تفتح للباحثين أفاقا جديدة للبحث فى هذا المجال.

والله الموفق

مدير المركز

أ.د. نادية جمال الدين

فهرس المحتويات

فهرس الجداول والأشكال

فريق البحث

أ.د.لورنس بسطا زكرى	رئيس فريق البحث
د.فاتن محمد عدلى	باحث رئيسى
د.أحمد عطية أحمد	عضو مشارك

الهيئة المعاونة:

أ. رجاء على عبد المجيد

أ. حنان ربيع

أ. أيمن بكرى عيد

ب.أحمد زينهم

أ. رانيا عبد الرحمن الدسوقى

أ. مصطفى قاسم

الفصل الأول

الاطار العام للدراسة

- مقدمة
- أسئلة الدراسة
- أهمية الدراسة
- حدود الدراسة
- المنهج البحثى المتبع
- الدراسات السابقة
- خطوات الدراسة

الفصل الأول*

الإطار العام للدراسة

مقدمة

ظلت تعريفات التنمية الاقتصادية قرابة القرن مرتبطة بقدرة الاقتصاد القومي على توليد واستدامة الزيادة السنوية في الناتج القومي الإجمالي (GNP) بنسبة تتراوح بين 5% إلى 7% أو أكثر، والذى يحسب بمعدل نمو نصيب الفرد من الدخل أو الناتج المحلي الإجمالي (GDP)، بجانب قدرة الدولة على توسيع إنتاجها بمعدلات أسرع من معدل النمو السكاني كمؤشر على التنمية ومن ثم فهى تنطوي على تغيير مخطط لبنية الإنتاج والعمالة، ومن ثم تنخفض معه مساهمة الزراعة كقطاع تقليدي، فى الوقت الذى يتم فيه التعجيل بعمليات التصنيع.

ومع عمليات التحرر الذى شهدته الكثير من الدول النامية، والتى حاولت تحقيق النمو الاقتصادى وفقا للمفهوم السابق، والذى استمر خلال فترة الخمسينيات والستينيات والسبعينيات من القرن الماضى، وعلى الرغم من أن بعض الدول النامية استطاعت تحقيق النمو الاقتصادى إلا أن التفاوت البين بين السكان في مستويات المعيشة قد سجلت معدلات مرتفعة من ناحية توفر الحاجات الضرورية ودرجة الرفاهية، وقد عكست الأرقام في العديد من الدول النامية خاصة في أفريقيا وأمريكا اللاتينية وآسيا الوسطى تدهورًا في مستويات الصحة العامة ودرجة التعليم والعمر المتوقع للأفراد، ممًا أثر سلبًا على مستوى إنتاجية القوى العاملة، إضافة إلى النقص المتزايد في مستوى الإشباع من السلع والخدمات الضرورية. وبالتالى كان من الواجب إعادة تعريفات التنمية بما يتوائم مع الأوضاع الإنسانية المختلفة.

إعادة تعريف التنمية في السبعينيات

وقد حاول الاقتصاديون خلال فترة السبعينيات إعادة تعريف التنمية الاقتصادية وفقا للجهود المبذولة من الدول لتخفيف الفقر وتحقيق العدالة وتوفير فرص العمل في سياق اقتصاد نامٍ والذى طرح تساؤلا هاما فحواه ماذا حدث بالنسبة إلى الفقر والبطالة وعدم المساواة في الدخل؟ هل ساعدت التنمية على خفض أى من الجوانب السابقة؟ الأمر الذى يفسره إدغار أوبينس: "إن التنمية

*إعداد: الدكتورة/ فاتن عدلى

التنمية بالأفكار السياسية أو تكوين الحكومات أو دور الأفراد في المجتمع، ويضيف "إننا في حاجة لدمج السياسة مع النظرية الاقتصادية، ليس فقط لاعتبار أنها أسلوب للمجتمعات المعاصرة، بل أيضًا لتكون أكثر إنتاجية مع الأخذ فى الاعتبار أن تنمية البشر أهم من تنمية الأشياء"[1].

ومع تغير مفاهيم التنمية الاقتصادية أُعلِن البنك الدولى في تقريره عن التنمية لعام 1991 "إن التحدي الرئيسى أمام التنمية هو تحسين نوعية الحياة، خاصة في الدول الفقيرة، إن أفضل نوعية للحياة هي التي تتطلب دخولاً عالية، ولكنها في نفس الوقت تتضمن أكثر من ذلك، فهى تتضمن تعليمًا جيدًا ومستويات عالية من التغذية والصحة العامة وفقرًا أقل، وبيئة نظيفة، وعدالة في الفرص، وحرية أكثر للأفراد وحياة "ثقافية غنية".

بينما وضع البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة UNDP مقياسًا كميا جديدًا للتنمية البشرية، حيث يُرتب الدول على أساس ما حققته من نجاح في تلبية الحاجات الإنسانية وتحسين مستوى معيشتهم، ويتضمن هذا المقياس معايير اقتصادية وأخرى مثل: التخصيص الأمثل للموارد الاقتصادية، الاختيارات الاقتصادية، الحرية، الأوضاع الصحية والتعليمية.

أما منظمة العمل الدولية "ILO" فقد حاولت أن تترجم مفهوم تلبية الحاجات الأساسية إلى برنامج عمل ناجح في الكثير من الدول النامية "Basic Needs " غطًى جوانب مُهمة من عملية التنمية الاقتصادية شملت الرعاية الصحية والتعليم الأساسي ودعم المشروعات الصغيرة ومشروعات البنية التحتية.

ونخلص من التعريفات السابقة اشتراكها جميعا بأن التنمية الاقتصادية مرهونة بالتنمية البشرية، والتى يلعب كل من التعليم والصحة والدخل دورا محوريا فيها. وارتباط كل بالأخر لتحقيق الأهداف المنشودة لرفع نوعية الحياة وتحسين الصحة. وبالتالي فقد ظل ذلك لقرون مقتصرا على قلة قليلة من الطبقات الغنية ولم تستفد الجماهير الواسعة من الناس العاديين من ذلك التقدم بصورة تذكر، ومع ان ظاهرة العولمة التي بدأت في الواقع قبل حوالي 500 سنة مع إنبلاج فجر عصر النهضة والتقدم العلمي والتقني قربت أرجاء العالم من بعضها البعض، إلا أنها قسمت العالم إلى قطبين إثنين: جزء غني وجزء آخر فقير (الشمال والجنوب)، الأمر الذي لم يتمخض عن نتائج طالت الاقتصاد وحسب، بل شملت قطاع الصحة أيضا، هذا القطاع الذي يتمتع بأهمية كبيرة من اجل حياة انسانية كريمة لكافة البشر في مختلف انحاء المعمورة.

ولاشك أن الفقر والثروة دائما يمثلان وجهان لعملة واحدة وهما يقسمان الانسانية من جهة. وهذه الحقيقة توضح باستمرار إن التناقضات الناجمة عنها خلقت أمراضا بسبب الفقر وأخرى بسبب الثروة، وكلا النوعين من الأمراض يفتك بالإنسان والطبيعة على حد سواء. وبتعبير آخر فان الأمراض الناجمة عن التخمة من جهة وتلك التي تسببها سوء التغذية ونقصها تحطم بنيان صحة الإنسان الجسدية والنفسية، وتحد من قدرة العطاء والإبداع للبشر. فمواجهة مايسمى بأمراض العصر كالسكري وأمراض القلب والسرطان وغيرها تلتهم نفقات مادية باهظة وإمكانيات تقنية هائلة الحجم والابعاد.

وقد نشرت منظمة الصحة العالمية فى تقريرها السنوي الخاص عام 2000 تحت عنوان رسم معالم المستقبل والذى يتضمن رسالة هامة مؤداها أن إحراز تقدم حقيقي في مجال الصحة أمر يتوقف إلى حد بعيد على تقوية النظم الصحية بالإستناد لمبادئ الرعاية الصحية الأولية. ويؤكد التقرير على أن بلوغ الأهداف التنموية للألفية وتلبية الأهداف الصحية على المستوى الوطني لن يتحقق ما لم يتم تطوير نظم الرعاية الصحية التي تستجيب لمقتضيات الفترة الحالية التى تتسم به التحديات الصحية العالمية. وبمناسبة إصدار تقرير قال المدير العام لمنظمة الصحة العالمية جونج ووك لي إن الأوضاع الصحية العالمية تطرح أسئلة هامة حول العدالة حيث تتوفر آمال بحياة أطول في مناطق وتنعدم هذه الآمال في مناطق أخرى. وقال جونج لي إن عالماً تنعدم فيه العدالة في هذا الجانب لهو عالم يرثى له مما يحتم علينا أن نجمع قوانا كأسرة دولية لصياغة مستقبل ينعم بالصحة.

ومن ثم فإن منظومة الصحة احتلت مكانة هامة باعتبارها إنعكاسا للأوضاع السياسية والاقتصادية والاجتماعية للمجتمعات من ناحية، ومؤشرا هاما لتطور هذه المجتمعات من جهة أخرى. وقد عنيت الهيئات الدولية بالأوضاع الصحية واعتبرته حقا من حقوق الإنسان، والذى أقرته 134 دولة من الدول الأعضاء فى منظمة الصحة العالمية فى المؤتمر الدولى للرعاية الصحية الأولية بمدينة ألما آتا عام 1978. وقد أسفر هذا المؤتمر عن إعلان دولى عرف باسم "إعلان آلما أتا" والذى تضمن النقاط الآتية:

1. إن التمتع بالصحة النفسية والفسيولوجية حق أساسى من حقوق الإنسان.
2. تشكل التنمية الاجتماعية والاقتصادية محورا هاما لتقليل الفجوة الصحية بين الدول النامية والدول المتقدمة.
3. تتحمل الحكومات مسئولية توفير الصحة للجميع بحلول عام 2000.

4. تتحمل الحكومات مسئولية سياسات قومية وخطط واستراتيجيات الصحة.
5. حق وواجب المواطنين فرادى أو جماعات فى المشاركة فى التخطيط[2].

وعلى الرغم من أنه قد تحقق إلى حد ما التغلب على كثير من الأمراض، إلا أن مازال هناك مشكلات صحية هائلة وخاصة فى الدول الفقيرة والنامية، حيث تبلغ نسبة وفاة الأطفال عشرة أمثال وفاة أطفال الدول ذات الاقتصاد المرتفع والتى تنتج من الإسهال والأمراض الصدرية[3]. الأمر الذى أكده تقرير التنمية الإنسانية لعام 2002 أن نسبة الإعاقة فى الدول العربية يتراوح مابين 15%، 25% والتى تكون بسبب المشاكل الغذائية وأنماطها.[4]

وقد حاولت مصر منذ بداية الستينيات وتحت مظلة النظام الاشتراكي والذى اعتمد فى جوهره على التخطيط المركزى حيث تتحمل الحكومة المسئولية الأساسية فى الخدمات الاجتماعية مثل التعليم والصحة والخدمات المرتبطة بهما والتى تؤثر بشكل سلبى عليهما. ومن ثم صدر أول قانون للتأمين الصحى عام 1964، والذى هدف إلى الرعاية الصحية للمواطنين. وقد أخذ التأمين الصحى طوال الفترة السابقة فى مد مظلته ليشمل كافة المواطنين، ومع شعار الصحة للجميع بحلول عام 2000 – الذى تم الإشارة إليه سابقا– وكان من أهم القوانين لتحقيق هذا الهدف القانون رقم 99 لسنة 1992 لكى يغطى كل طلاب وطالبات المدارس[5].

ومع التحول إلى نظام السوق والذى فرضته العولمة على الدول المتقدمة والنامية على حد سواء علت الأصوات بضرورة إعادة النظر فى الخدمات الاجتماعية التى تقدمها مصر؛ الأمر الذى أدى إلى إعادة هيكلة النظام الصحى فى مصر مما أثر على جودة وكفاءة التأمين الصحى[6] بشكل عام والتأمين الصحى لطلبة المدارس بشكل خاص.

ونظرا للعلاقة التلازمية بين كل من التعليم والصحة وتأثير كل منهما على الآخر فقد رأت الدراسة ضرورة تناول موضوع التأمين الصحى لتلاميذ المدارس والوقوف على إيجابيات وسلبيات النظام بغية تطويره حيث شمل كل طلاب المدارس حيث بلغ عدد الطلاب المنتفعين بالخدمة حوالى 16.888 مليون طالب فى مراحل التعليم المختلفة بما فى ذلك مدارس الفصل الواحد ومدارس الفئات الخاصة وذلك يعنى التغطية الكاملة لكل الطلاب. والذى تضاربت معه الأراء حول جدوى النظام التأمينى الأمر الذى اتضحت معه مشكلة الدراسة والتى تتلخص فى الأسئلة التالية:

أسئلة الدراسة:

1. ما واقع نظام التأمين الصحى فى مصر بشكل عام والتأمين الصحى للطلاب بشكل خاص؟
2. .مالعوامل السياسية والاقتصادية المؤثرة على تطبيق نظام التأمين الصحى فى المدارس؟
3. ماواقع التأمين الصحى للطلاب فى الولايات المتحدة الأمريكية ؟
4. ما هى سلبيات وإيجابيات نظام التأمين الصحى للطلاب من وجهة نظر الفاعلين الأساسيين (الأطباء، الزئرات الصحيات، الطلاب، أولياء الأمور)

أهمية الدراسة:

ترجع أهمية الدراسة الحالية إلى تحليل وجهات النظر المتضاربة حول جـدوى سياسـات التأمين الصحى للطلاب، ومدى استجابته لواقع الحالة الصحية لطلاب المدارس والتى تتأثر وتؤثر فى جميع مناحى العملية التعليمية من استيعاب ورسوب وتسرب من جهة ، ومراعاة مراحل النمـو المختلفة لدى طلاب المرحلة الثانية للتعليم الأساسى، ومن ثم برزت ضرورة تقييم سياسات التأمين الصحى فى المدارس بغية الوقوف على سلبيات وإيجابيات هذا النظام فى محاولة للإستفادة الحقيقية وتجويد الخدمة العلاجية والتى تنعكس على التعليم.

حدود الدراسة:

اقتصر البحث على المرحلة الثانية للتعليم الأساسى لما تشكله هذه المرحلـة مـن مرحلـة انتقالية ما بين الطفولة والمراهقة والتى قد تتسبب فى بعض المشكلات الصحية الخاصـة بـالبلوغ والتى تتابين بين الذكور والإناث من ناحية وقدرة التلاميذ على التعبير والحكم على فاعليـة نظـام التأمين الصحى.

الحدود المكانية

طبق البحث فى أربع محافظات هى: القاهرة، الأسكندرية، القليوبية والشرقية، وقـد روعـى فـى الدراسة الميدانية أن تشمل العينة كل من المدينة والقري فى محافظات القليوبيـة والشـرقية، كمـا روعى فى المحافظات الأربع أن تتضمن المدارس البعد الاجتماعى والاقتصادى للمنطقة التى تقع فى نطاقها المدارس وبالتالى شملت مناطق مرتفعة ومناطق منخفضة.

المنهج البحثى المتبع

اتبع البحث المنهج الوصفى التحليلى، والذى استخدم فى وصف واقع التأمين الصحى فــى مصــر وخبرات الولايات المتحدة الأمريكية. كما استخدمت الإستبانة لكل من الأطبــاء وأوليــاء الأمــور والتلاميذ بما يتيح التعرف على الواقع من وجهة نظر الفاعلين الأساسيين فى نظام التأمن الصحى

الدراسات السابقة

محمد محمد عبد الواحد زكى وأخرون، *تحسين خدمات التأمين الصحى لتلاميذ المرحلة الأولى من التعليم الأساسى: دراسة استكشافية، وزارة التربية والتعليم،1993* [7].

وهى من أوائل الدراسات الخاصة بالتأمين الصحى للطلاب والتى أجريت بعد عام من تنفيذ سياسة التأمين الصحى فى المدارس وقد تبلوت مشلة البحث فى سؤال رئيسى:

كيف يمكن تحسين خدمات التأمين الصحى لتلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسى فى مصر؟ وقد انبثق من هذا السؤال عددا من الأسئلة الفرعية التالية:

1) ما وجهة نظر المشرفين الاجتماعيين لتحسين خدمات التأمين الصحى؟
2) ما وجهة نظر أولياء الأمور لتحسين خدمات التأمين الصحى؟
3) ما وحهة نظر الأطباء لتحسين خدمات التأمين الصحى؟
4) ما وجهة نظر نظار المدارس لتحسين خدمات التأمين الصحى؟
5) ما وجهة نظر التلاميذ لتحسين خدمات التأمين الصحى؟
6) مالتوصيات النهائية التى تحقق تحسين خدمات التأمين الصحى؟

اقتصرت الدراسة على بعض مدارس محافظة القاهرة الكبرى من الحلقة الأولى للتعليم الأساسى 265 تلميذ، 65 مشرف اجتماعى، 37 ولى أمر، 4 أطباء، 19 ناظر.

واستعانت الدراسة بالمنهج الوصفى بهدف إبراز عناصر المتطلبات والعلاقة بينها وبين أهداف التعليم فى مصر.

وتوصلت الدراسة إلى عدد من النتائج والتى قسمت وفقا لتساؤلات الدراسة ونوجزها فى النقاط التالية

متطلبات نجاح التأمين الصحى من وجهة نظر عينة من نظار المدارس

1) ضرورة وجود طبيب ممارس بكل مدرسة عدد طلابها 1000 طبيب فأكثر.

2) أن يسمح للزائرة الصحية فى حالة عدم تواجد الطبيب بالمدرسةأو غيابة بتحويل التلميذ لمستشفى التأمين الصحى المخصصة له.

3) إجراء العمليات الخارجية أو تركيب الأجهزة التعويضية (سماعات/نظارات طبية) للتلاميذ، بالإضافة إلى صرف العلاج بالمجان عن طريق الصيدليات المتعاونة مع نظام التأمين الصحى.

المسئولون عن اكتشاف المحتاجين لخدمات التأمين الصحى من وجهة نظر عينة النظار.

ترى العينة إن المسئولية موزعة بين الأسرة والمدرس والزائرة الصحية والمشرف الاجتماعى.

مقترحات لتحسين خدمات التأمين الصحى من وجهة نظر عينة النظار.

1) أن يقوم نظام التأمين الصحى بتنفيذ المسح الشامل كل عام على جميع تلاميذ المدرسة
2) أن يحقق نظام التأمين الصحى الكشف الدورى كل ثلاثة أشهرعلى تلاميذ المدرسة
3) أن تقوم هيئة التأمين الصحى بإعداد الأفلام السينمائية وأشرطة الفيديوالتى تتناول خدمات التأمين العلاجية والوقاية المتاحة لتلاميذ المدارس.

أما ما توصلت إليه الدراسة من عينة الطلاب يتبلور فى النقاط التالية:

1) لم يحدث أى تعديل فى النظام المدرسى حيث لم تقدم المدارس سواء عن طريق الإذاعة والصحافة المدرسية بأى نشاط صحى
2) قرر التلاميذ المرضى أن الذى اكتشف مرضهم وتم علاجهم من خلال التأمين الصحى إلى أنه تم توجيهم من قبل الأسرة والزائة الصحية حيث بلغت النسب 76.5%، 23.5% على التوالى

تم الكشف الطبى الدقيق على حوالى 89.36% من الطلاب المرضى بما يعكس جدية الأطباء.

بلغت نسبة التلاميذ الذين تلقوا علاجا طبيا مكثفا 51.06% من إجمالى أفراد العينة.

وقد أوصت الدراسة

1) بأهمية دورات تدريبية للتوعية بمتطلبات نجاح التأمين الصحى ورفع كفاءته فى خدمة التلاميذ والمدرسة والبيئة المحلية.
2) أن يتوافر طبيب ممارس عام لكل مدرسة أو مدرستين متقاربين على الأكثر.
3) أن يتوافر أطباء اختصاصيون فى شتى الأمراض فى كل مستشفى كل مستشفى تأمين صحى.

4) تعيين إخصائى نفسى فى كل مدرسة لمواجهة الاعتدال النفسى.
5) تزويد كل مدرسة بصيدلية اسعاف أولى بالحد الأدنى لمتطلبات العلاج السريع.
6) تزويد كل طبيب ممارس عام بالحد من الأجهزة والأدوات التى التى تعاونه على تشخيص الأمراض.
7) إعداد افلام فيديو وكتيبات للتثقيف الصحى بالمدارس تعالج أساليب الوقاية من شتى الأمراض واكتشاف المرض ومقاومته.
8) إعفاء التلاميذ غير القادرين من رسوم التأمين الصحى.
9) إجراء مسح طبى شامل للتلاميذ كل عام.
10) تبسيط الإجراءات الإدارية لتجويل التلميذ المريض وفقا لحالته المرضية.
11) خضوع كل العاملين بالتأمين الصحى داخل المدرسة إداريا لناظر المدرسة.

Abeer Elsayed Ameen, Quality Assessment of Health Services in School Clinks under the Health Insurance system in Asmailia City, (8)

هدف البحث: قياس جودة الكفاءة النوعية للخدمات الصحية المقدمة من خلال التأمين الصحى بالمدارس من خلال نقاط ثلاث: البناء التركيبى لعيادات التأمين الصحى، تقييم الخدمة المقدمة بواسطة طبيب المدرسة وتقييم معلومات الطبيب والممرضة عن واجباتهم، وتقييم مدى رضا الطلبة عن الخدمة الصحية لهم.

منهجية البحث: أجرى البحث على 20 مدرسة مختارة عشوائيا، وقد شملت العينة جميع أطباء وممرضات التأمين الصحى بالإضافة إلى 332 طالبا من طلبة المدارس الإبتدائية والإعدادية والثانوية المترددين على العيادات. وقد استخدم البحث استمارات تقييم البناء التركيبى، وتقييم مدى رضا الطلبة عن الخدمة الصحية المقدمة، وتم تجميع البيانات عن طريق مناقشة الأطباء والممرضات والطلبة وعن طريق الملاحظة المباشرة.

نتائج البحث: توصل البحث إلى أن 60% من الأطباء ممارس عام، وجود نقص فى معرفة الواجبات الوقائية (55%) والاجتماعية (75%)التى يقوم بها طبيب التأمين الصحى فى المدارس، معرفة الواجبات التقليدية (70%).

كما تبين أن الممرضات / الحكيمات متخرجات من مدارس ثانوية للتمريض، و85% قد تلقين تدريبا قبل وأثناء الخدمة، وبلغ مستوى معرفتهن بواجباتهن (65%) .

كما أظهرت الدراسة أن الجوانب الصحية متوافرة فى جميع العيادات، ومعظم التجهيزات الطبية وغير الطبية كانت متوافرة فى معظم المدارس، كما أوضحت الدراسة أن 45% من المدارس تفتقد وجود خطة للتثقيف الصحى، كذلك فإن التاريخ المرضى للتلاميذ سجل فقط نسبة 66.9% من الحالات، وقد سجلت الحالات المرضية التى لم يتم الكشف عليهم 37.4%. كذلك سجل مستوى الكشف الإكلينيكى على المرضى 44.8%. وقد أبدى أغلب المرضى رضاهم عن كفاءة الخدمة حيث سجلوا 87%، فى حين بلغت نسبة الرضا عن سهولة الوصول للخدمات 75%.

خطوات الدراسة:

الخطوة الأولى : تعنى بتوضيح المشكلة والهدف من الدراسة وهو ما يتضمنه الفصل الأول للدراسة.

الخطوة الثانية: وتحاول هذه الخطوة دراسة واقع التأمين الصحى من حيث الفلسفة وارتباطها والنشأة والتطور، ومد مظلته لتشمل تلاميذ المدارس، وهو ما سيتناوله الفصل الثانى من الدراسة.

الخطوة الثالثة : ويتم فيها عرض لتجربة التأمين الصحى فى المدارس فى الولايات المتحدة الأمريكية وهو موضوع الفصل الثالث.

الخطوة الرابعة : وهى الخطوة التى تعنى بالدراسة الميدانية وتحليل النتائج التى خرجت بها وهو موضوع الفصل الرابع.

الخطوة الخامسة : ويتم فيها عرض النتائج والتوصيات التى خرجت بها الدراسة

مراجع الفصل الأول

[1] -World Health Organization: Regional Office for Europe in:
http://www.who.dk/About WHO/Policy/20010827

[3]) برنامج الأمم المتحدة الإنمائى، تقرير التنمية البشرية لعام 200،نيويورك، 2000، ص 20

[4]) برنامج الأمم المتحدة الإنمائى. تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2002

[5] Abeer Elsayed Ameen, Quality Assessment of Health Services in School Clinks under the Health Insurance system in Asmailia City, a Thesis Submitted as partial fulfillment of Master Degree in Public Health and Preventive Medicine, Faculty of Medicine, Suez Canal University, 2000

[6]) جمعية التنمية الصحية والبيئية، تقرير عن المؤتمر العام الرابع باتجاه التأمين الصحى الاجتماعى الشامل: قضايا أساسية- التحديات الأنية-أليات العمل فى الفترة من 23-24 بدار الضيافة بجامعة عين شمس، القاهرة، 2003، ص 1-3

[7]) محمد محمد عبد الواحد زكى وأخرون، تحسين خدمات التأمين الصحى لتلاميذ المرحلة الأولى للتعليم الأساسى: دراسة استكشافية، القاهرة، وزارة التربية والتعليم، 1993

[8]) Abeer Elsayed Ameen, Quality Assessment of Health Services in School Clinks under the Health Insurance system in Asmailia City, a Thesis Submitted as partial fulfillment of Master Degree in Public Health and Preventive Medicine, Faculty of Medicine, Suez Canal University, 2000

الفصل الثانى
التأمين الصحى
الفلسفة والنشأة والتطور

الفصل الثانى*

التأمين الصحى

الفلسفة والنشأة والتطور

مما لاشك فيه أن الموارد البشرية بمثابة حجر الأساس في عملية التنمية، ومن ثم فإن الموارد البشرية هي المحدد الرئيسي لنجاح أو إخفاق هذه العملية. وتنطوى متطلبات التنمية البشرية في إكساب الأفراد في المجتمع المعرفة والمعلومات والمهارات التي تؤهلهم للاستخدام الأمثل للموارد الطبيعية والمادية التي في حوزتهم لتحقيق أهدافهم أي الوفاء باحتياجاتهم المادية والروحية المتزايدة.

ويعرف البعض التنمية البشرية بأنها «عملية توسيع الخيارات، فالإنسان في كل يوم يمارس خيارات متعددة بعضها اقتصادي، وبعضها اجتماعي وبعضها سياسي، وبعضها ثقافي. ونظرا لأن الإنسان هو محور تركيز جهود التنمية، فإن هذه الجهود لابد وأن تصب في اتجاه توسيع نطاق هذه الخيارات. وتأسيسا عليه يحسب مؤشر التنمية البشرية على أساس ثلاثة مؤشرات أساسية هي:

1. طول العمر وهو متوسط العمر المتوقع عند الولادة.
2. التحصيل العلمي الذي يجمع بين: معدل معرفة القراءة والكتابة لدى البالغين والتسجيل الإجمالي للتعليم الابتدائي والثانوي والعالي.
3. مستوى المعيشة الذي يقاس بمتوسط الدخل السنوي للفرد الواحد. وهو مؤشر يعتمد بدوره على الناتج المحلي الإجمالي.

وقد تعرضت هذه المؤشرات إلى النقد باعتبار أن مقياس التنمية البشرية والذي يعتمد على المؤشرات الثلاثة يعتبر مقياسا قاصرا، ومن ثم ظهر اتجاه يرى تبني مؤشرات جديدة مثل:

مقياس تمكين المواطن بحسب الجنس، ويعني هذا المقياس ضرورة إيجاد مؤشر تنمية بحسب جنس الشخص، يتولى تعديل مؤشرات التنمية لكل بلد بعد الأخذ في الاعتبار اللاتماثل في الإنجاز بين الجنسين. كما يهدف هذا المؤشر إلى تقدير الأهمية النسبية للرجال والنساء في الحياة السياسية والاقتصادية والثقافية لكل بلد. ومن الجدير بالذكر أن هذا المؤشر قد بدأ الأخذ به فى تقرير التنمية البشرية منذ عام 1995 ويتخلص فى:

1. مؤشر الفقر البشري، وتختلف طريقة قياس هذا المؤشر في الدول النامية عنه في الدول الصناعية.

*إعداد : الدكتورة/ فاتن عدلى

2. مؤشر الحرية، ويعبر عن التمتع بالحريات المدنية والسياسية.

3. مؤشر توافر حواسيب الإنترنت لكل شخص ليعكس مدى توفر تقنيات المعلومات والاتصال.

ويرى البعض ضرورة إدخال العوامل المؤثرة في المناخ في مؤشر التنمية البشرية. ومن ثم يؤخذ معدل انبعاث غاز الكربون للفرد الواحد كأحد المؤشرات ذات الصلة بالبيئة والتي تضاف إلى مؤشر التنمية البشرية[1].

ويلاحظ من المؤشرات السابقة التى تعتبر من أهم مقاييس التنمية البشرية أن التعليم والنمو الاقتصادى يشكلان عنصرين هامين فى الصحة الجيدة، لما يلعبه كل منهما فى تقليل الفقر والتوسع فى التعليم الأساسى بشكل عام وتعليم الإناث بشكل خاص، والتى تضع أمام الأفراد خيارات مختلفة لنمط الحياة الصحية الملائمة. وعليه فإن الحكومات تنتهج سياسات اقتصادية تعمل على توسيع قاعدة الخدمات الاجتماعية والتى يحتل كل من التعليم والصحة فيها قطبى التنمية؛ حيث يطالب الحاصلون على تعليم مدرسى عالٍ مزيدا من المعلومات الصحية، وأن حياة العديد من النـــاس مرهـــونة بالنظـــم الصـــحية التى تضطلع بمسئولية أساسية ودائمة تجـــاه النـــاس من كل الفئات العمرية، ولهذه النظم أهمية بالغة لتحقيق التطـــور الصـــحى للفرد والأسرة والمجتمع، فالنظام الصحى هو مجموع المنظمات والمؤسسات والموارد المكرســـة لإنتاج تدخلات صحية تعنى كل جهد يبذل ويهدف أساساً إلى تحســـين الصـــحة ســـواء كـــان ذلك فى إطار الرعاية الصحية الشخصية أو فى إطار خدمات الرعاية الصحية أو من خلال المبادرات المشتركة بين القطاعات، وبالتالى يكون استخدامهم لهذه المعلومات ذات فائدة بالمقارنة إلى من لم تتح له فرصة التعليم، وبقول أخر فإن التوسع فى الفرص التعليمية هو فى واقع الأمر خدمة مردودة التكاليف فى تحسين الصحة.[2]

ويوضح الرسم التالى العلاقة الجدلية بين كل من التعليم والصحة.

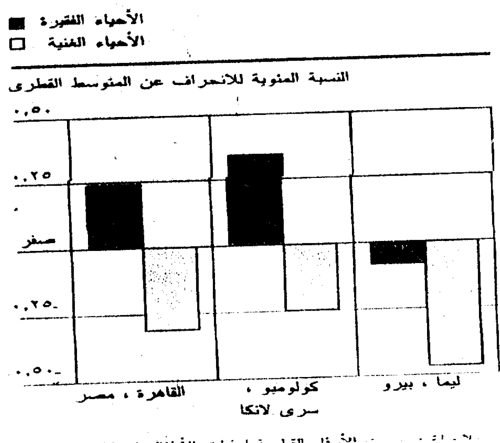
شكل (1) العلاقة الجدلية بين التعليم والصحة والتنمية البشرية

المصدر: البنك الدولى، تقرير عن التنمية فى العالم 1993: الاستثمار فى الصحة، واشنطن، 1993، ص54

ومن الرسم التوضيحى السابق نلاحظ التفاعل بين النمو الاقتصادى مع الاستثمار فى الموارد البشرية، والتى تعمل على زيادة الدخل. ويكاد يكون من المسلم به أن تحسن الصحة يرتبط ارتباطا وثيقا بالأوضاع الاقتصادية للأسر من ناحية والمستوى التعليمى من ناحية أخرى. وقد أثبتت التقارير الدولية أنه كلما ارتفع دخل الفرد فى بلد ما ارتفع معه احتمال زيادة عمر الأفراد، فنجد أنه فى عام 1990سجل البنك الدولى فى تقريره عن التنمية أن مضاعفة دخل الفرد من 1000 دولار يعنى زيادة إحدى عشر سنة فى العمر المتوقع. وهو الأمر الملموس بالنسبة لليابان حيث سجلت أعلى عمر متوقع فى العالم والتى يتم توزيع الدخل فيها بالمساواة إلى حد كبير.

أما فيما يخص الدول النامية فإن أعداد السكان الذين يعيشون فى فقر يعتبر سببا هاما فى الفروق الكبيرة فى الصحة، وقد أثبتت إحدى الدراسات والتى تناولت الأوضاع الصحية فى أثنين وعشرين دولة نامية أن التباين فى تفشى الفقر، ونصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة هو السبب فى هذا التباين الحاد فى العمر المتوقع فى البلدان المختلفة، مع الأخذ فى الإعتبار أن داخل الدولة الواحدة تكون حالة الصحة فى المناطق الغنية أفضل منها فى المناطق الفقيرة والناتج عن أسباب معيشية سيئة بالإضافة إلى الأسباب الخاصة بطبيعة عملهم. وبالتالى فإن ضعف النمو الاقتصادى يعوق الإقلال من الفقر، ويحد من الإنفاق على الصحة وخاصة الفقراء.

شكل (2) يوضح وفيات الأطفال فى كل من الأحياء الغنية والفقيرة فى بعض العواصم



المصدر: البنك الدولى تقرير التنمية البشرية 2003

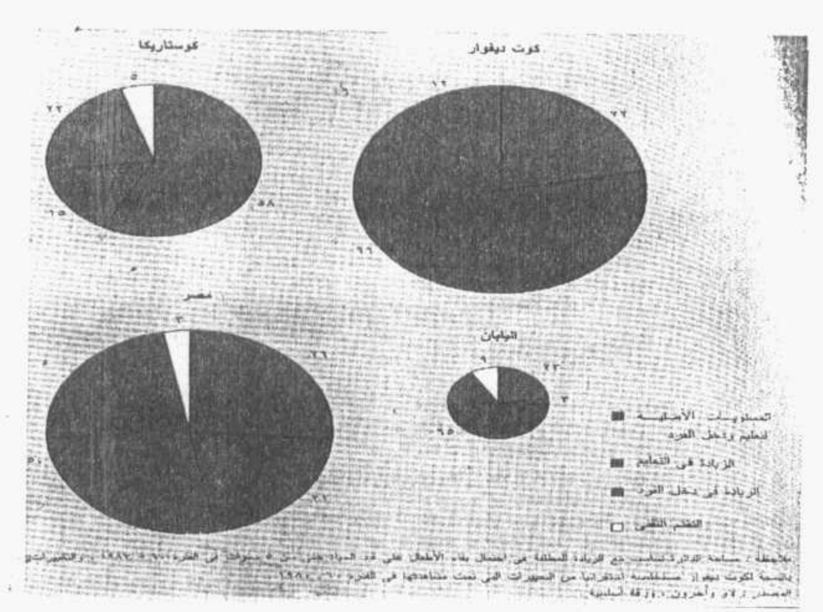
كما أثبتت الدراسات أيضا أن الخدمات الصحية فى أى مجتمع تتاثر بدخله القومى من جهة وقدرته على الحصول الدراية العلمية وتطبيقها على مستوى تعليم عالى.(3)

وفى دراسة أخرى مقارنة بين الدول المتقدمة والدول النامية حول علاقة التوسع فى التعليم ونمو الدخل خلال الفترة من 1960- 1987 فى أربع دول هم كوت ديفوار، وكوستاريكا ومصر واليابان، حيث أثبتت هذه الدراسة أن صحة السكان تتحسن بمجرد الإبقاء على المستويات الأولية للتعليم والدخل. ففى مصر والكوت ديفوار اسهمت الظروف الأولية فى تحسن قليل بمقدار خمس وربع التحسن فقط ، وفى حين حققت كوت ديفوار اسهام التعليم بقدر كبير فى تدعيم صحة الطفل، حيث اسهم فى ارتفاع النسبة إلى 66% ما بين 1960-1990.

ومن المؤسف أن مصر لم يتجاوز الرقم فيها 21%، الأمر الذى يرجع إلى أن الكوت ديفوار زاد معدل تعليم الكبار فيها خمس مرات بالمقارنة لمصر على الرغم من أنها كانت فى مستويات أدنى بكثير من مصر، بالإضافة إلى أن دخل الفرد فى الكوت ديفوار ضعف دخل الفرد فى الستينات، إلا أنه نمى بسرعة تبلغ 60%.

ويوضح الشكل التالى المكاسب التى تحققت فى صحة الأطفال وفقا لمعايير الدخل والتعليم والتقدم التقنى فى البلدان السابقة.

شكل (3) المكاسب التى تحققت فى صحة الطفل وفقا لمعايير الدخل وزيادة التعليم التقنى



المصدر: البنك الدولى، مرجع سابق، ص 57

ويلاحظ من الشكل السابق أن الزيادة فى التعليم كانت لصالح الكوت ديفوار، بينما كانت أقل دولة من الزيادة فى دخل الفرد مقارنة بالدول الأخرى، كما يلاحظ أيضا أن نصيب مصر من التعليم احتل المركز الثانى مع الأخذ فى الاعتبار أن الظروف الأولية للصحة والتعليم فى اليابان كانت طيبة بدرجة كبيرة فى عام 1960.

كذلك فقد أشارت الدراسات بأن هناك علاقة طردية بين تعليم الأبوين وبين الصحة، وخاصة بالنسبة للأمهات، وتزيد نسبة التحسن فى الصحة كلما زادت سنوات الدراسة للوالدين وذلك عن طريق زيادة الدخل من جهة وقدرة المتعلمين على تقليل الضرر الناتج عن الفقر من جهة أخرى[4].

وإزاء هذه التناقضات بين المناطق الغنية والمناطق الفقيرة سواء على المستوى الدولى أو داخل البلد الواحدة أدى إلى اهتمام المواثيق الدولية والمعنية بحقوق الإنسان وخاصة فى الحق في التمتع بالصحة والرعاية الصحية يعد من أهم الحقوق التى شملها العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية وقد نص على ذلك في المادة 12 من هذا العهد علي الآتي:

1)تقر الدول الأطراف في هذا العهد بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه.

2)تشمل التدابير التى يتعين على الدول الأطراف فى هذا العهد اتخاذها لتامين الممارسة الكاملة لهذا الحق، تلك التدابير اللازمة من أجل:

*خفض معدل المواليد وموت الرضع وتأمين نمو الطفل نموا صحيا.

*تحسين جميع جوانب الصحة البيئية والصناعية.

*الوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة والمهنية والأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها

*تهيئة ظروف من شانها تامين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع فى حالة المرض

وكذلك نجد أن المادة 25 من الإعلان العالمى لحقوق الانسان قد أكدت أيضا على هذا الحق والتى تنص على :

"لكل شخص حق فى مستوى معيشة يكفى لضمان الصحة والرفاهة له ولأسرته، وخاصة على صعيد المأكل والملبس والمسكن والعناية الطبية وصعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية، وله الحق فى ما يأمن به فى حالات البطالة أو المرض أو العجز أو الترمل أو الشيخوخة أو غير ذلك من الظروف الخارجة عن إرادته والتى تفقده أسباب عيشه".

كما أكدت العديد من الدراسات المعنية بالصحة على العلاقة التفاعلية بين تعزيز وحماية حق الإنسان في الصحة. كما ناقشت أمثلة لانتهاك حقوق الإنسان كان لها أثراً سلبياً على الصحة. واعتبرت الفقر ونقص فرص الحصول على الخدمات الصحية من دواعي القلق الشديد على الصحة وحقوق الإنسان. كما كان تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى وتأثير النزاعات المسلحة على صحة ومعافاة السكان المدنيين في المناطق المنكوبة من القضايا الملحة. لذا فقد تضمنت المقررات تأكيداً لأهمية الأمن الإنساني الذي يعني الاعتماد المتبادل بين الأمم والحاجة إلى التعاون والحوار بين البلدان حول كيفية تناول المشكلات الصحية.

وعلى نحو تفصيلي شددت المقررات على التالي:

- أهمية الدور القيادي للحكومات في تطوير الروابط بين الصحة وحقوق الإنسان من أجل إحداث تغيير إيجابي على كل المستويات؛
- الاعتراف بأهمية رفع الوعي بحقوق الشعوب كخطوة هامة نحو نجاح تنفيذ السياسات الصحية.

ولاحظت منظمة الصحة العالمية في هذا الصدد أن دعم القرارات الحكومية يجب أن يتولد من الشعوب نفسها من خلال رفع مستوى وعيها بالحقائق المرتبطة بالصحة. كما أكدت على أهمية دور المجتمع المدني في هذا الصدد. وأن وجود قانون وطني شامل حول الصحة العمومية من شأنه أن يوفر أداة أساسية لتعزيز حقوق الإنسان وحمايتها؛ وما يمكن أن تؤديه التغيرات الاجتماعية والاقتصادية السريعة في الإقليم إلى خلق تحديات جديدة مثل خصخصة الخدمات الصحية. ونتيجة لذلك فإن دور منظمات المجتمع المدني في توفير خدمات صحية بديلة ورخيصة آخذ في التزايد. وتتطلب هذه القضية توجيه مزيد من الانتباه لضمان تنظيم مناسب لهذا الوضع يشمل مراقبة جودة الخدمات؛ وضرورة مد شبكات عمل تربط بين المنظمات غير الحكومية المعنية بحقوق الإنسان وتلك المعنية بالتنمية من أجل ضمان عمل منسق ومتكامل في مجال الصحة وحقوق الإنسان وأهمية الدور القيادي لنقابات الأطباء، فإنه مازال الوقت سانح لتطوير مواثيق (رعاية) المرضى بحيث تنص رسمياً على حقوق المرضى بدءاً من حق الحصول على الرعاية الصحية إلى حق الحصول على المعلومات الصحية. كذلك فإنة من الضرورى توجيه اهتمام خاص للنساء والشباب ودورهم في تعزيز العلاقة بين الصحة وحقوق الإنسان وإمدادهم بالرعاية الصحية؛ والتأكيد على أهمية آليات ضمان الشفافية والمحاسبية لبناء الثقة وضمان

استمرارية الخدمات الصحية. ومن ثم فإن الحق في الصحة هو التزام حكومى المقام الأول وعليه فن الصحة ينبغي أن تكون لب كل السياسات والمقررات الوطنية والدولية.

كما أكد دستور منظمة الصحة العالمية منذ أكثر من خمسين عاماً أن الاستمتاع بأعلى مستوى ممكن من الصحة هو حق أساسي لكل إنسان. الأمر الذى سعت منظمة الصحة العالمية جاهدة منذ ذلك الحين لتحقيق هذا الهدف، مركزة جهودها بشكل رئيسي على الجوانب التقنية من الرعاية الصحية، إلا أن تحديات العولمة والحاجة لمواجهة قضية الفقر والذى حث منظمة الصحة العالمية إلى اعتبار أن حقوق الإنسان جزء لا يتجزأ من رسالتها. وفي الوقت الحالي فإن كل دولة من دول الإقليم هي عضو في معاهدة أو اتفاقية دولية واحدة على الأقل تعترف بحق الإنسان في الصحة وهذه الحقيقة تدعم مهمة فريق (الصحة وحقوق الإنسان) بمنظمة الصحة العالمية من التعامل مع السياسات والبرامج الصحية طبقاً لمفاهيم ومعايير تتناسب وحقوق الإنسان[5].

ومن ثم ركزت منظمة الصحة العالمية فى وثائقها على ضرورة الربط بين الصحة والعدالة والفقر، وقد ناشدت المنظمات العاملة فى مجال حقوق الإنسان أن تولى عناية خاصة بقضايا الفقر والصحة كمفاهيم مجردة ذات تطبيقات عملية محدودة، ولم يتم اختبارها منهجيا، فإن دراسة المفاهيم الخاصة بالعدالة والفقر وحقوق الإنسان وعلاقتها المتبادلة بالصحة تترابط فيما بينها سواء على المستوى المفاهيمى أو على المستوى العملى، كما تقدم إرشادات قيمة وفريدة لعمل المؤسسات الصحية، بما يتيح للعاملين فى حقل العدالة وحقوق الإنسان المساهمة فى تفعيل دور المؤسسات الصحية المعنية بمكافحة الفقر وتأثيره على الصحة والعمل الدئوب من أجل إتاحة فرص متساوية للتمتع بالصحة لهؤلاء الذين يعانون من التهميش والتمييز، و بالمثل فإنه من الضرورى للمؤسسات العاملة فى مجال الصحة أن تتعامل مع الفقر ضمن إطار يتضمن قضايا العدالة وحقوق الأنسان بخمس طرق رئيسية:

1. إضفاء الصفة المؤسسية على التطبيقات الروتينية والمنهجية لآفاق العدالة وحقوق الإنسانفى جميع أنشطة القطاع الصحى.
2. تعزيز وظائف الصحة العامة وتوسيعا لما هو أبعد من مفهوم الرعاية الصحية.
3. اتباع العدالة فى تمويل الرعاية الصحية بما سيهم فى الحد من وطأة الفقر مع زيادة إتاحة الخدمات الخدمات الصحية للفقراء.
4. ضمان استجابة الخدمات الصحية بشكل فعال للوقوف على الأسباب الرئيسية التى يمكن تلاشيها بالنسبة للفقراء والمحرومين.

5. المراقبة والدعوة واتخاذ الخطوات اللازمة لتحقيق العدالة فى جميع القطاعات التى تؤثر على الصحة وعدم اقتصارها على القطاعات الصحية[6].

كما أكد التقرير السنوى لمنظمة الصحة العالمية الصادر تحت عنوان "انعدام العدالة» أن العالم انقسم إلى جزئين ينعم أولهما بالعمر المديد والخدمات الصحية، بينما يعانى القسم الآخر من وطأة عبء الأمراض المعدية والمزمنة، وضعف الخدمات الصحية، وتدهور الخدمات المقدمة للحامل والطفل، وعدم توافر الأدوية الأساسية وسوء نمط الحياة الذى خلق بالتبعية هوة اقتصادية تضاف إليها فجوة فى العلم، ومن ثم تباعد فى الصحة، الأمر الذى وصف التقرير فيه العالم بأنه عالم شديد القسوة، وتغيب عنه العدالة كليًا. كما أضاف مزيدا من التحليل: إن الدول النامية تعانى من ثلاث موجات وبائية متداخلة، يتضح فى:

1. الأمراض المعدية وغير المعدية.
2. هى التدخين وما يرافقه من أمراض.
3. هى حوادث الطرق وما ينجم عنها من إصابات .

ويستعرض التقرير الوضع بالنسبة لمصر والعالم العربى فيوضح أن الوفيات بين الأطفال العرب خمسة أضعاف مثيله فى أوروبا، وأن العمر المهدر فى المرض فى مصر 7.4 سنة للذكور، 8.8 سنة للإناث.

كما يضيف التقرير عن «واقع الطفل العربى» أن الأمية ونقص الرعاية الصحية والتعتيم الإعلامى مرتبط بما سبق، الأمر الذى أكد عليه التقرير الإحصائى السنوى الذى صدر عن المجلس العربى للطفولة والتنمية أن هناك مصائب تتربص بالأطفال، والذين يمثلون نصف العرب أولها: الأمية، والتى يعانى منها حوالى 60 مليون طفل، ونقص الوعى والرعاية الصحية، حيث بلغت معدلات وفيات الأطفال فى دولتين عربيتين أكثر من 65.%.

ويرى التقرير أن من المشاكل الرئيسية التى تحيط بالأطفال فى العالم العربى شح المعلومات، والتعتيم الإعلامى المتعمد، فإذا حاول البعض دراسة المشاكل وحصرها يواجه حائطًا منيعًا اسمه «نقص المعلومات وتضاربها»، بل إن المسؤولين فى هذه المجالات ينشغلون أحيانًا بإيجاد مسميات بديلة للمشاكل بدلاً من حلها[7].

وعلى الرغم أن الدستور المصرى قد نص فى المادة 16 و17 على ذلك الحق مؤكدا عليه . حيث نصت المادة 16 على أن (تكفل الدولة الخدمات الثقافية والاجتماعية والصحية، وتعمل بوجه

خاص على توفيرها للقرية فى يسر وانتظام رفعا لمستواها).
كما تنص المادة 17 على أن (تكفل الدولة خدمات التامين الاجتماعى والصحى، ومعاشات العجز عن العمل والبطالة والشيخوخة للمواطنين جميعا، وذلك وفقا للقانون)

وقد حرصت مصر منذ منتصف الثلاثينيات على العمل على تنفيذ الاتفاقيات الدولية والتى كانت قد صدقت عليها فى 1925، وأصدرت القانون رقم 64 لسنة 1963 والخاص بإصابات العمل والذى بمقتضاه يمنح العامل الذى أصيب من جراء العمل فى الصناعة والزراعة أثناء تأدية مهامه الوظيفية.

وفى عام 1942 صدر القانون رقم 86 بشأن التأمين الصحى الإجبارى عن حوادث العمل. وفى عام 1950 صدر القانون رقم 117 بشأن التعويض عن أمراض المهنه. ومع ثورة يوليو 1952 صدر القانون رقم 202 لسنة 1958 فى شأن التأمين والتعويض. ويعتبر هذا القانون بمثابة أول قانون للتأمينات الاجتماعية يصدر فى ظل الثورة التى أخذت على عاتقها التأمين الاجتماعى للناس. وقد ظل قانون التأمينات فى تطور بحيث انتقل إلى العاملين بالحكومة والجهات الإدارية والهيئات والمؤسسات العامة وفقا للقانون رقم 63 لعام 1964 للتأمينات الاجتماعية والتى تضمنت فى الباب الخامس التأمين الصحى[8]. إلا أنه فى عام 1964 صدر القانون رقم (75) بشأن التأمين الصحى على العاملين فى الحكومة وهيئات الإدارة المحلية والمؤسسات العامة باعتبار أن حق المواطن فى الحصول على الرعاية الصحية فى وطنه أصبحت أحد دعائم المجتمع الرئيسية، ومظهر لحضارته، وأساس هام لاستقراره ورضاه، وعليه فإن مفهوم التأمين الصحى يعتبر وسيلة اجتماعية واقتصادية لتجميع مدفوعات الأفراد والجماعات على شكل أقساط، لمواجهة الخسائر المحتملة فى حالة المرض بما يساعد المؤسسة أو الهيئة تحمل مسئولية المواطن وتوفير العلاج المناسب. ووفقا لهذا المفهوم فإن التأمين الصحى لا يعتبر علاجا مجانيا، أو علاجا بأجر، وإنما هو نظام يجمع بين كلا الأمرين حيث يشارك المواطن بقدر معين من المال، بينما تتحمل الدولة قدرامن التكاليف المالية[9]. وهذا التأمين يعتبر إجباريا يطبق على فئة من فئات المجتمع، وبالتالى يكون ملزما. ولقد امتد مفهوم الرعاية الصحية ليشمل بالإضافة الى تقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية، مفهوم الحفاظ على الصحة العامة ضمن إطار التنمية البشرية للمجتمع. وتعتمد الرعاية الصحية على مبادئ محددة أهمها، توفرها للمواطن بالقرب من مكان معيشته وعمله، وتوفرها بجودة معينة، وقدرة المواطن على الحصول عليها وقدرته على تحمل تكاليفها بالنسبة لدخله. ومن ثم يكاد يكون من المسلمات إن الحق فى الحصول على الرعاية الصحية المناسبة

يجب أن يعتمد فى المقام الأول على احتياجتهم الصحية وليس على قدرتهم على تسديد تكاليف هذه الرعاية، ونظرا لأن الرعاية الصحية ليست منتج ولاخدمة كغيرها فى المجتمع، فهي بطبيعتها قد تكون غير متوقعة: وقد تكون باهظة التكلفة. لذلك فإن التوجهات العاملة على توفير حق الرعاية الصحية للمواطنين يجب أن يعمل على تجميع الطاقات المتاحة ضمن إطار منظومي بدلاً من الجهود المتفرقة، ووضع استراتيجيات مستقبلية، مع الأخذ فى الاعتبار النمو السكانى وقدرات المواطن والدولة لتحقيق أهداف لايمكن التنازل عنها للمواطن بغض النظر عن قدرته المالية[10].

رؤية الحزب الحاكم للرعاية الصحية

وقد صاغ الحزب الحاكم رؤيتة نحو الرعاية الصحية فى مصر والتى تتأسس على احتياجات المواطنين كأفراد، والمجتمع ككتلة، يشترك فيها كل الأطراف المعنية من أطباء وهيئات التمريض ومتخصصي الخدمات المساعدة للرعاية الصحية، وكذلك تحديد الأولويات، ودمج المجتمع ومشاركته كمقدمي خدمة ومتلقيها فى آن واحد والفعالية في استخدام الموارد المتاحة.

ومن خلال تحليل الوضع القائم يعترف الحزب الحاكم بأنه على الرغم من ما حققته مصر من نجاحا ملموسا في تحسين أوضاع الصحة العامة لمواطنيها، وما تم تنفيذه من استثمارات واسعة فى بناء وزيادة عدد الأسرة المتاحة للمواطنين وزيادة عدد الأطباء والعاملين فى مجال تقديم خدمات الرعاية الصحية، وعلاج عدد كبير من المواطنين على نفقة الدولة. إلا أن هناك تفاوتا كبيرا فى الحالة الصحية بين فئات الشعب المختلفة وبين المواطنين فى الشمال والجنوب، والحضر والريف. كما أن هناك تحديات جديدة تظهر وتهدد المجتمع (مثل الالتهاب الكبدي الوبائي) وأخرى موجودة في مجتمعات محيطة بنا (مثل الإيدز) وحالات ترتبط بتغير الضغوط الاجتماعية والاقتصادية على المواطنين (مثل زيادة نسبة الوفيات نتيجة أمراض القلب والجهاز الدوري) وكلها تؤدى إلى ازدياد الحاجة إلى علاج الأمراض، خصوصاً بتوفير أنماط علاج أو جراحات جديدة، وقد تحتاج لتغيير سلوك المجتمع تجاه بعض العادات السيئة (التدخين مثلاً). ويعترف الحزب الحاكم من أن برامج الرعاية الصحية فى العقود السابقة قد نجحت في تطعيم الأطفال، والقضاء على البلهارسيا بشكل كبير وأمراض الإسهال، وشلل الأطفال، وبشكل نسبى أقل برامج لتنظيم الأسرة إلا أن برامج تقديم الرعاية الصحية الأولية للمواطنين وأسرهم مازالت تحتاج للكثير من العمل حيث يتفاوت وجود هذه الرعاية بشكل كبير من مكان لأخر ومازال قطاع كبير من المواطنين لا يحظى بالقدر الكافي منها.

ويرى إن تقديم خدمات علاجية للمواطنين من القطاع العام أو الخاص، لا يعني علي الإطلاق أن صحة المجتمع أفضل؛ حيث أن تقديم هذه الخدمات جزء من مكون الصحة العامة للمجتمع، التي تعتبر المسئولية الأساسية للحكومة. وترتبط الصحة العامة للمواطنين بعوامل مؤثرة كثيرة أهمها :

1- التعليم 2- نسبة الفقر 3- حالة البيئة 4- عادات المجتمع الغالبة 5- النمو السكاني 6- نسبة الجريمة والحوادث.

وكل هذه العوامل تتداخل وتتضافر بشكل أو بآخر بما يؤثر سلباً وإيجاباً على الصحة العامة، ويكاد يكون من المتعذر تصور عملية إصلاح للصحة في مصر بدون التوجه نحو هذه العوامل الأساسية والتدخل فيها ضمن إطار أعم وأشمل. ولايمكن إنكار أو تجاهل تلك العلاقة القوية بين التعليم ونسبة الأمية والصحة، كما أن التغذية فى المدارس خصوصاً فى المراحل الأولى لها أهمية تعليمية في الاستيعاب . وكذلك زيادة عدد المتعلمين لها أهمية فى رفع درجة الصحة العامة في المجتمع .

ويطرح الحزب فى دراسته بعض من المبادئ الأساسية للسياسة الإصلاحية للرعاية الصحية:

1. العمومية : أي أن يحصل جميع المصريين نفس مجموعة الخدمات الصحية الخاصة بالرعاية الأولية
2. الجودة : أي أن تتمشى معايير تقديم الخدمة مع المعايير العالمية المتعارف عليها إكلينيكياً.
3. العدالة : أن يتوزع العبء المالي لتكلفة الخدمات الصحية بعدالة علي كافة المواطنين، وأنة تحت أي ظروف لايجب أن يحرم منها من ليس له قدرة علي سداد تكاليفها في أي وقت. ،
4. الفعالية : وهي أن يتم تقديم أعلى جودة من الخدمات بأقل تكلفة.

وتأسيسا على ما سبق يطرح عددا من الأهداف والعناصر الأساسية تتلخص فى:

• تحديد مجموعة خدمات الرعاية الصحية الواجب توفرها لكل مواطن ومعايير قياس جودتها بناء على المتعارف عليه عالمياً وعلمياً. وهذه المجموعة الخدمية يجب أن يتوفر فيها عناصر الفعالية، والتوفر، وامكانية الحصول عليها خصوصاً لغير القادرين والفقراء.

• تحديد الموارد المالية المطلوبة للتأكد من إمكانية تقديم الخدمات بدرجة عالية من الجودة والاستمرارية، ويمكن أن تكون هذه المصادر حكومية أو غير حكومية.

• استخدام طرق جديدة لتنظيم تقديم تمويل الخدمات الصحية المقررة من الموارد المتاحة. حيث أن الوضع الحالي في تمويل الخدمات سواء من الحكومة أو من غيرها من الموارد المتاحة يحتاج إلى تحسين كبير وإدارة اكثر فاعلية. ويظهر من التحليلات المختلفة أن الأمر لايحتاج إلى زيادة الإنفاق

العام أو الخاص علي الرعاية الصحية بقدر الاحتياج لإدارة أفضل لهذا الإنفاق، وقد يحتاج هذا الأمر إلى العديد من الإجراءات التي يجب تدراسها، وتشمل:

- قدر أكبر من اللامركزية فى الموازنة والإنفاق والإدارة للمؤسسات الصحية المختلفة.
- زيادة فعالية الإنفاق وإمكانية مكافأة مقدمي الخدمة بناء علي امتياز أداؤهم وخصوصاً في التأمين الصحى الاجتماعي. وهنا يتضح الدور المحورى لوزارة الصحة لوضع معايير القياس والجودة وتقديم الرعاية الصحية الأولية، وخطط المستقبل والبحث العلمى وجمع المعلومات الاحصائية بدقة .
- زيادة المشاركة المجتمعية بين القطاع العام والخاص في تمويل وتقديم الخدمات المطلوبة ضمن الاستراتيجية العامة للدولة .
- الانتشار الجغرافى للخدمة لتقليل مشقة الانتقال للمرضى أسرهم .
- تكثيف الجهود للوقاية والحماية المبكرة .
- السيطرة على مصادر التلوث ولأوبئة .
- حماية المواطنين من الممارسات الضارة التى قد تصدر من المؤسسات أو الأفراد وتؤثر على صحتهم فى الحاضر أوفى المستقبل.
- ضرورة تحقيق نجاح أكبر في السيطرة على النمو السكانى .
- وإزاء هذه الأهداف الطموحة يضع الحزب عددا من الاستراتيجيات الهامة نلخصها فى الآتى:
- ضرورة استمرار التمويل من الموازنة العامة و بالزيادة سنويا وجنبا إلى ذلك يتم البحث عن صيغة لمشاركة المجتمع القادر على بتوفير تمويل إضافي من أجل خدمة أفضل. على أن تتضمن النقاط التالية:
- وجود العيادات الشاملة بالقرب من التجمعات البشرية.
- التنسيق بين جميع المؤسسات الوطنية القادرة على تقديم الخدمة والتى لديها مؤسسات قادرة على العطاء (الصحة – التعليم العالى – القوات المسلحة) .
- تقوية فاعلية شبكة الإنذار المبكر للأمراض حتى تتوافر الوقاية المبكرة وتعبئة الموارد فى الوقت المناسب .
- مد الجسور وتعميق الصلات مع المراكز الطبية المتطورة فى العالم والاستفادة من الخبرات المصرية التى حققت تميزاً عالميا جنبا إلى جنب مع الخبرات العالمية.

- توطين وتفرغ الأطباء فى مناطق الخدمة خاصة فى الريف والأماكن النائبة ضمانا للتواجد لتقديم ما يطلب من خدمات.
- التنمية للمهارات والقدرات للخدمات المعاونة خاصة فى مجال التمريض والهندسة الطبية وإدارة المنشأت الصحية ، وتصنيع المستلزمات والدواء .
- إعطاء أولوية خاصة لتنظيم الأسرة وصحة المرأة والطفل .
- التوسع التدريجى فى التأمين الصحى ، مع توفير موارد متزايدة له .
- الاستمرار فى تطوير وتحديث ومد خدمات الطوارئ والخدمات الطبية العاجلة
- (نقل الدم)، والارتقاء بمستوى خدمة الإسعاف فى المدن والقرى وعلى الطرق[11].

ويتضح مما سبق ما عوله الحزب من الدور المنوط لوزارة الصحة في وضع معايير الجودة ومراقبة مقدمي الخدمة. والتوسع فى مشروعات الوقاية.والتوعية الصحية. ونظافة البيئة ومراقبة أسعار الدواء وخلق المناخ لجذب الاستثمار فى مجال تصنيعه، والعمل على تشجيع تواجد أشكال مختلفة من التأمين الصحى لتغطية المواطنين، والنظافة العامة، والرقابة على الغذاء، وعلى التجارب الدوائية على الإنسان ورعاية المولودين والأمهات وتطعيمهم ووضع الخطط نحو تواجد الخدمة في كل مكان جغرافي في مصر، ورعاية غير القادرين بتسديد تكاليف علاجهم بأحد الأساليب التي يتفق عليها ومقاومة الأوبئة والقضاء على المراض المتوطنة، وكلها وظائف هامة جدا تضبط خدمة تقديم الرعاية الصحية في المجتمع .

أما في إطار تقديم الخدمة المباشرة للمواطنين فيمكن تطبيق اللامركزية في تقديم الرعاية الصحية، التي نتوجه نحو ممارستها من خلال المحافظات علي مستوي الوحدات الصحية والمستشفيات، وكذلك خدمات الإسعاف والطورىء مع دعوة المجتمع المحلي للمشاركة في الإدارة والتمويل، وطرح التصورات حول المساحة المتاحة لهذه المؤسسات وتدريب وتأهيل القيادات المحلية لهذا التوجه تدريجيا. وبالتالى فإن الدولة هنا تتحمل مسئولية أساسية فى توفير الدواء و المستلزمات و الدعم لغير القادرين وليس للسلعة. وهو ما يعنى فى مضمونه إلى ما توفره الدولة للمريض غير القادر مباشرة وليس للمنتج النهائي حيث يستفيد القادر وغير القادر.

ويدعو برنامج الحزب لضرورة الأخذ بمبادئ عالمية في تقييم الرعاية الصحية في المجتمع، المؤسسة على المخرجات وليس المدخلات. فبناء المستشفيات، وزيادة عدد الأسرة، واستيراد الأجهزة لايعنى في ذاته ارتفاع مستوى الخدمة، ولازيادة قدرة المواطنين على الحصول عليها .والورقة تدعو

إلى وضع معايير القياس، التي تقيم تقديم الخدمات الصحية على هذا الأساس وهى البرامج التي تأخذ بها الحكومة الآن ويؤيدها الحزب ويدعو إلى سرعة تنفيذها.

ويدعو الحزب كجزء من إستراتيجية رفع جودة الرعاية الصحية إلى الاهتمام بتواجد الفرق الطبية في مؤسسات تقديم الخدمة والعمل على توطين افرادها فى اماكن عملهم والتاكيد على ان يرتبط ذلك بحصولهم على فرص التدريب والتعليم المستمر وكذلك ارتفاع دخولهم ومكافاتهم فى حاله تميز ادائهم ضمن اطار تقييم الوزاره والمجتمع لهم

وبالرغم من توجه الحزب الوطنى نحو الالتزام بمعايير جوده الرعايه الصحية فانه يدعو ايضا لاستكمال البنية الاساسية من مراكز ومستشفيات فى محافظات مصر المختلفه حيث ان رؤية الحزب هى ان الحفاظ على الاستثمارات الهائلة التى تمت خلال السنوات الماضية فى مجال الرعايه الصحية يعتمد على استكمالها وتوظيفها وادارتها الرشيده وبالقدر الذى يعود بالفائده على المجتمع من هذا الاستثمار ويجب ان يتم ذلك بالسرعه الواجبة خلال سنة واحده على الاكثر والا فقدت الدولة جزءا كبيرا من قيمة الاستثمار فى استهلاك الاجهزة والمعدات واحتمال تقادمها بعدم الاستخدام فى الوقت المناسب.

وترى سياسة الحزب أن المشاركة المجتمعيه بين القطاع العام والخاص بمثابة العمود الفقرى للخدمة الطبية فى مصر والتى يقع على عاتق المستشفيات العامه والجامعيه والوحدات الصحية ومؤسسات التامين الصحى الاجتماعى وما تقوم به الدولة من خدمات مكمله وهى الجهات التى يدعو الحزب الوطنى لدعمها ورفع مستوى الاداء ليحظى بها المواطن بخدمات لرعايه صحية بمستوى عالى وخاصة لغير القادرين منهم الأمر الذى أوضحته الدراسات الاقتصادية من أن حجم الانفاق من المجتمع على الرعايه الصحية يكاد يقارب حجم انفاق الحكومة على موازنة وزراة الصحة وأن الكثير من المواطنين يلجأون خاصه فى خدمات العيادات الخارجية الى القطاع الخاص ومن ثم فان المسئولية التى تقع على هذا القطاع كبيرة بما يمهد ذلك للمشاركة بين الدولة وبين مقدمى الرعايه الصحية كلهم ويرى الحزب الوطنى ضرورة يشجع نمو القطاع الخاص فى مجالات تقديم الرعايه الصحية والتامين الصحى وانماطة الجديدة التى ظهرت فى العالم من خلال مشاركة فعاله ونظم متفق عليها.

وتوضح سياسة الحزب دور التامين الصحى وضرورة التوسع التدريجى لمظلته بهدف تغطية كل مواطن على أرض مصر تدريجيا بمظله تامين صحى ويتطلب ذلك النظر فى نظام التامين الصحى الاجتماعى الحالى، وتعديله وتطويرة حتى يمكن التوسع فيه بموضوعيه واستمرارية والعمل على دفع

القطاع الخاص والقطاع غير الهادف للربح فى المشاركة فى تقديم خدمات التامين الصحى للمواطنين حتى يكون امامهم فرصة للاختيار بناء على محتوى البرامج التامينية المقدمة لهم وقد يكون هذا النظام المخرج الحقيقى والطريق القويم للارتفاع بمستوى خدمات الرعاية الصحية من خلال طرف ثالث قادر على تمويل الخدمة ومراقبة جودتها فى اطار تنافس شريف بمراقبة الدولة لصالح المواطن. وضرورة دعم الدولة والمجتمع ضمن ادارة اقتصادية فعاله هيئة التامين الصحى الاجتماعى لتقديم تغطية تامينية لحزمه من خدمات الرعايه الصحية المتفق عليها من حق المواطن فى الحصول عليها، على أن ادارتها يجب أن تتم وفقا للقواعد الادارية والاقتصادية التى تتيح لها الاستمرار فى تقديم خدماتها لغير القادرين على أن يتم تعويض الفارق فى قيمة الاقساط السنوية لغير القادرين من موارد الدولة. وبالتالى فإنه من الضرورى أن تخضع المؤسسه لإشراف الدولة المباشر، ولكن مع الاخذ فى الاعتيار ضمان تمويل هذه المؤسسه وتفرغها للادراة والمتابعه والاشراف على مقدمى الخدمات التى يتم شراؤها سواء من وزاره الصحة أو الجامعات أو القطاع الخاص أو الأهلى ومؤسسات الخدمات الطبية الأخرى.

كذلك فإن الحزب الحاكم يرى أهمية توافر الاختيارات أمام المواطن سواء على مستوى جهه التامين أوعلى مستوى مقدم الخدمة بالضوابط التى تضمن احتواء التكلفة وحصر المعلومات الطبية للمشتركين وهو الأمر الذى يعكس الاحترام الواجب للمواطنين ويؤدى بالقطع الى تنافس المؤسسات المختلفه لاجتذابه سواء كانت حكومية أم أهليه.

وحيث أن التوجهات العامة للدولة تسير نحو اللامركزية فى معظم مؤسسات الدولة، فإنه من الطبيعى أن تمتد هذه النظرة إلى مؤسسات التأمين الصحى كاسلوب فى إدراته ويطرح الحزب أفكارا حول إمكانية التنوع فى مؤسسات التأمين الصحى الاجتماعى ونموها محليا فى المحافظات وتنافسها فى الحصول على المشتركين وهو الأمر الذى يجب أن تقاس إيجابياتة وسلبياتة قبل الإتجاه نحوه ودراستة بدقه بحيث توضع خدمة الرعاية الصحية ضمن الرؤية الإستراتجية للدولة مباشرة وبشكل غير مباشر من خلال تغطية تامينية للمواطنين

وتطرح رؤية الحزب التوسع فى نشر الوعى الصحى وخصوصا فى قطاع الشباب وادراج ذلك ضمن مناهج التعليم وضمن خطط الاعلام وتدريب وتاهيل مقدمى هذه الخدمات الوقائية تتسع داخل حزمه الرعايه التى يجب ان يشملها التامين الصحى وقطاع خدمات الرعايه الاوليه لاهميتها واثرها الصحى والاقتصادى فى تكلفه العلاج فى المستقبل للمواطنين(12).

الأهداف الخاصة بالتأمين الصحى

اتفقت لجنة الصحة والسكان بمجلس الشورى على عدد من الأهداف الخاصة بالتأمين الصحى نلخصه فى النقاط التالية:

1. مد مظلة التأمين الصحى لتغطى كافة المواطنين، حيث إنه يغطى حالياً نسبة 44% منهم، وقد يتطلب ذلك ضرورة الاستفادة بالمنظومة الحالية للرعاية الصحية الأساسية المنتشرة فى جميع أنحاء الجمهورية .
2. يجب الإعداد الجيد لتطبيق التأمين الصحى الشامل والتقدير الجيد للأعباء المالية التى تتحملها الدولة وإيجاد صيغة مناسبة لما يتحمله الفرد والمجتمع حتى لا يتعثر التنفيذ لنقص الموارد اللازمة ، مع الأخذ فى الإعتبار التزايد المستمر فى التكلفة نظراً للزيادة المطردة فى أسعار مدخلات الخدمات الصحية .
3. الاسترشاد بتجربة الدول التى سبقتنا فى مجال التأمين الصحى أولاً لتقدير الأعباء المالية، ثانياً للتعرف على المشكلات التى تواجه عملية التنفيذ .
4. إيجاد صيغة مناسبة للتأمين على بعض الشرائح التى يصعب حصرها مثل الحرفيين والعمال الزراعيين .
5. استصدار التشريع الذى يقضى بتطبيق التأمين الصحى الشامل على باقى المواطنين غير الخاضعين لنظام التأمين الصحى الاجتماعى السارى بحيث يتم التطبيق تدريجياً على الأساس الجغرافى وليس على أساس تقسيم المجتمع إلى شرائح أو فئات وبذلك تتحقق المزايا التالية :

1. صدور تشريع موحد يسرى على كل الفئات المحرومة من خدمات التأمين الصحى بدلاً من تعدد التشريعات وتخصيص قانون لكل فئة .
2. تحقيق مبدأ المساواة فى الحقوق والالتزامات التأمينية بين قطاع كبير ومتنوع من المواطنين
3. تحقيق العدالة الاجتماعية بين كافة فئات الشعب فى مجال الحصول على الرعاية الصحية التأمينية حتى لا يتم تصنيفهم إلى شرائح يصعب تحديد أولويات التطبيق فيما بينها ويأتى التطبيق متأخراً على بعض منها[13].

التأمين الصحى فى مصر

ومن هذا المنطلق، وتأسيسا على ما سبق من العلاقة المتلازمة بين التعليم والصحة، ووفقا للاتفاقيات الدولية وتحقيقا لما وصلت إليه اتفاقيات آلما آتا عملت مصر منذ 1993 على إدخال نظام التأمين الصحى للطلاب وفقا للقانون 99 لعام 1992 على أن يسرى التأمين الصحى على الطلاب فى جميع مراحل وأنواع التعليم على أن يتم تدريجيا خلال خمس سنوات من تاريخ العمل بالقانون، وتبلغ قيمة إشتراك الطالب أربع جنيهات يسددها الطالب سنويا مقابل 12 جنيه تتحمله الدولة، بالإضافة إلى ضريبة على التدخين تبلغ عشرة قروش تحصل عن مبيعات كل عشرين سيجارة.

وتنفيذا للقانون السابق فقد بدأ العمل بصدور القرار رقم 99 لسنة 1992، على أن يشمل الفئات الآتية:

- أطفال رياض الأطفال
- طلاب مراحل التعليم الأساسى
- طلاب مراحل الثانوى العام والفنى
- طلاب المدارس الفنية نظام الخمس السنوات
- طلاب المدارس التجريبية للمعلمين
- طلاب المدارس الخاصة من مختلف المراحل والنوعيات.

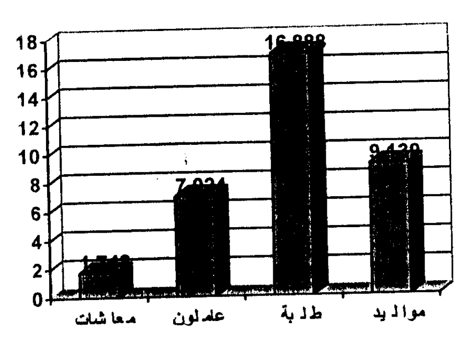
ويضيف القانون فى المادة الثانية أن يكون هذا القانون الزاميا على جميع الطلاب، بينما يحدد فى مادته الثالثة تمويل التأمين على أن يتم وفقا للبنود التالية:

- الاشتراكات السنوية بواقع أربعة جنيهات عن كل تلميذ فى المراحل السابقة الذكر.
- يحصل 10% من قيمة المصروفات التعليمية السنوية عن كل طفل من رياض الأطفال الخاصة، وكل طالب من طلاب المدارس الخاصة بمصروفات بما لا يزيد عن خمسين جنيها. هذا بجانب اثنى عشر جنيها تتحملها الخزينة العامة.

ويحدد القانون مساهمة الطالب فى ثمن الدواء خارج المستشفى بواقع الثلث عد الحالات المزمنة التى تحدد بقرار وزارى من وزير الصحة. كما وضع القانون فى نفس المادة ما يتحماه الطالب عن الزيارات المنزلية فى حدود 3-5 جنيهات وفقا لمكان إقامة الطالب[14] ،وتعديله بالقرار الوزارى رقم 25 لسنة 1993، والقرار الوزارى رقم 194 لسنة 1993، وبحلول عام 1995 تم تطبيق القانون على جميع الطلاب بمختلف مراحل التعليم[15].

وقد بلغ عدد الطلاب المنتفعين من خدمات التامين الصحى حتى 2003/6/30 (16.888) مليون طالب. ويوضح الرسم التالى نسبة المنتفعين من الطلاب مقارنة بالفئات المنتفعة الاخرى

شكل (4) يوضح عدد المنتفعين من مقارنة بالفئات الأخرى



المصدر: الهيئة العامة للتأمين الصحى، تقرير المتابعة السنوى عن نشاط الهيئة خلال عام 2003/2002 (16)

ويتضح من الرسم البيانى السابق أن عدد الطلاب المنتفعين من خدمات التأمين الصحى بلغ 16.888 وهو عدد يفوق الفئات المنتفعة الأخرى؛ حيث بلغ عدد المنتفعين من المعاشات 1.748، بينما وصل عدد المنتفعين من العاملين 7.024، وعدد المواليد 9.139، بما يفيد مدى اهتمام الدولة فى تحقيق مستوى عالى من الرعاية الصحية للطلاب.

كما يوضح الجدولين التاليين أعداد الطلاب المنتفعين من خدمات التأمين الصحى وفقا لمناطق هيئة التأمين الصحى، والتوزيع النسبى للطلاب المنتفعين.

جدول (1) توزيع الطلاب على فروع هيئة التأمين الصحى

الفرع	السويس	دمياط	القنال	المنوفية	المنيا	شمال شرق الدلتا	جنوب الصعيد	وسط الدلتا	القاهرة	وسط الصعيد	شمال غرب الدلتا	شرق الدلتا	شمال الصعيد	إجمالى
حضانة	7	14	14	16	13	26	16	31	108	34	60	43	64	446
ابتدائى	56	121	199	345	501	549	582	719	753	907	1008	1030	1244	8014
إعدادى	31	65	114	217	251	315	347	448	449	504	591	603	664	4599
ثانوى	32	67	107	201	187	298	290	404	430	348	437	520	509	3830
مجموع	126	267	434	779	952	1188	1235	1602	1740	1793	2096	2196	2481	16889

جدول (2) التوزيع النسبى للمنتفعين من الطلاب

حضانة	5.6	502	3.2	201	1.4	2.2	1.3	1.9	6.2		2.9	2.0	2.6	2.6
ابتدائى	44.4	45.3	45.9	44.3	52.6	46.2	47.1	44.9	43.3		48.1	46.9	50.1	47.5
إعدادى	24.6	24.3	26.3	27.9	26.4	26.5	28.1	.28	25.8		28.2	27.5	26.8	27.2
ثانوى	25.4	24.7	24	25.8	19.6	25.1	23.5	25.2	24.7		20.8	23.7	20.5	22.7
مجموع	100	100	100	100	100	100	100	100	100		100	100	100	100

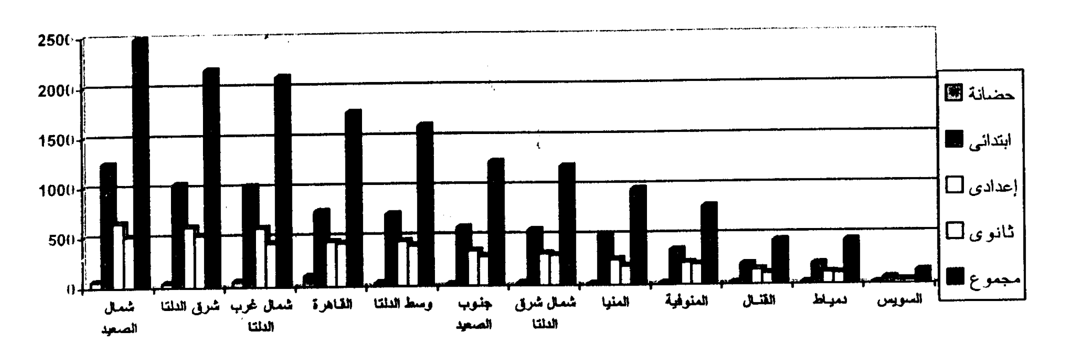
المصدر: الهيئة العامة للتأمين الصحى، تقرير المتابعة السنوى عن نشاط الهيئة خلال عام 2003/2002[17]

يلاحظ من الجدولين السابقين أن أكبر عدد من المنتفعين هم تلاميذ المرحلة الإبتدائية حيث بلغ عددهم 8014 تلميذا بواقع 47.5 % من العدد الإجمالى للمنتفعين، والذى يبلغ عددهم 16889 ، وهى نسبة لم تصل إلى 10% من إجمالى عدد طلاب المرحلة الإبتدائية الذى بلغ 7165620

وتقل النسبة فى المرحلة الإعدادية حيث سجل الطلاب المنتفعين من التأمين الصحى 27.2% من إجمالى عدد المنتفعين بواقع 4599 طالب من 4268319 طالب، ولم تختلف النسبة كثيرا فى المرحلة الثانوية حيث بلغت 27.7% بواقع 3830 طالب فى حين يبلغ العدد الإجمالى لهذه المرحلة 3463858 طالب لتبلغ النسبة 11% فقط من إجمالى طلاب المرحلة.

ويوضح الرسم البيانى التالى أعداد المنتفعين وفقا لفروع الهيئة

شكل (5) رسم بيانى يوضح أعداد الطلاب المنتفعين لفروع الهيئة



المصدر: الهيئة العامة لتأمين الصحى، مرجع سبق ذكره

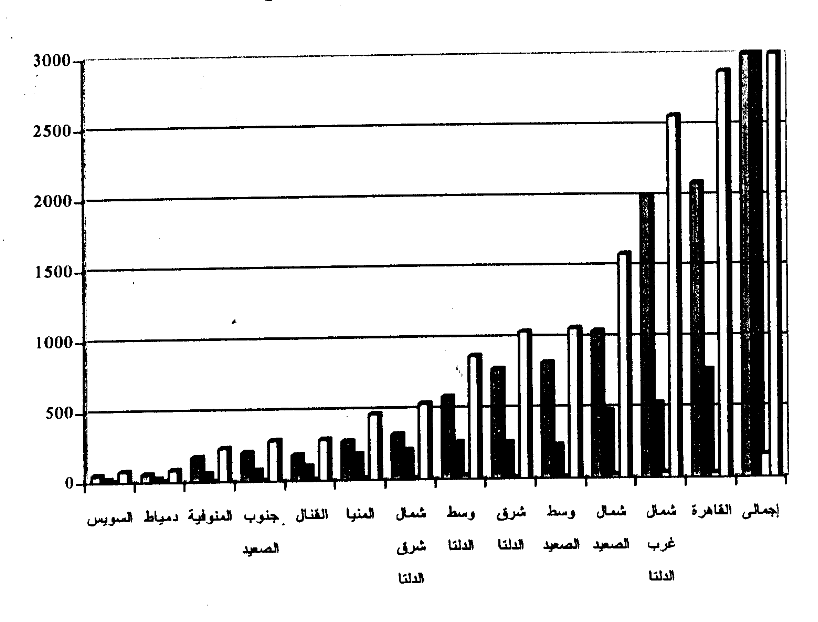
ويلاحظ من الجدولين السابقين أيضا والرسم البيانى أن أكثر المنتفعين مــن نظـــام التـــأمين الصحى طلاب مدينة المنيا البالغ عددهم 459202، تليها منطقة شمال الصعيد وبلغ عدد الطلاب فيها

(504558) حيث سجلت كل منهما نسبة 52.6% 50.1% على التوالى وذلك فى المرحلة الإبتدائيـــة. وتكاد تكون النسب متقاربة فى المراحل المختلفة فى جميع مناطق الهيئة.

وبشكل عام فإن أعداد المنتفعين من خدمات التأمين الصحى ضئيلة للغاية الأمر الذى يتطلب ضرورة البحث عن أسباب عزوف الطلاب عن العلاج من خلال التأمين الصحى.

وقد ترجع أسباب العزف عن هذه الخدمات هو قلة عدد الطبيب الأخصائى والذى بلغ 3195 مقابـــل 8581 للمارس العام، كذلك فإن نسبة تحويل الطلاب للأخصائى 26.8% فى مقابل 71% للممـــارس العام. وتقل نسب المحولين للمستشفيات من الطلاب 1.4% فقط. ويوضح الرسم البيانى التالى أعـــداد الأطباء وفقا لدرجاتهم (ممارس عام، أخصائى، مستشفى)

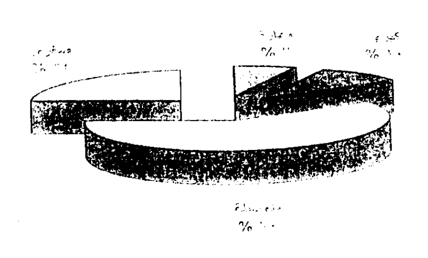
شكل (6) رسم بيانى يوضح أعداد الأطباء ودرجاتهم/ للطلاب فى فروع الهيئة



المصدر: المرجع السابق

كما يوضح الشكل التالى أعداد العمليات الجراحية لطلاب المدارس بمستشفيات الهيئة وفقا لنوعياتها

شكل يوضح أعداد العمليات الجراحية لطلاب المدارس بمستشفيات الهيئة وفقا لنوعياتها

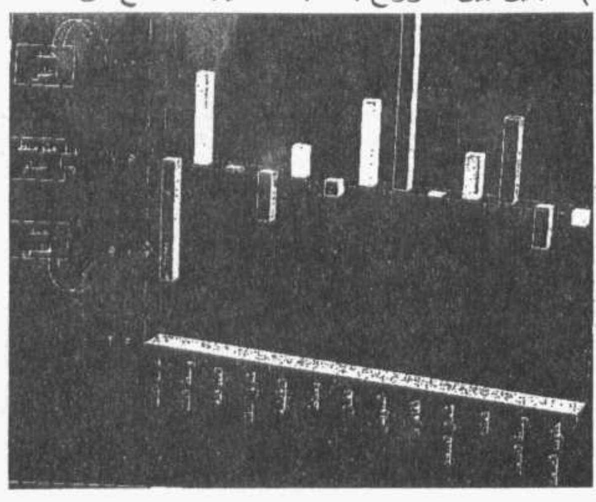


المصدر: المرجع السابق، ص 61

ويلاحظ من الرسم السابق أن نسبة العمليات المهارية والكبرى متدنية كثيرا مما يعنى عـدم توافر الجودة أو الإمكانيات سواء المادية أو البشرية لإجراء مثل هذه العمليات.

وبالتالى تختلف نسبة نصيب المنتفعين وتتباين تباينا ملحوظا حيث تزيد فى بعض الحالات عـن الحـد الأعلى المخصص حيث يبلغ 10 جنيه فى السويس، بينما ينخفض عن الحد الأدنى بينما ينخفض عـن الحد الأدنى المقترح وهو 5 جنيه بفرع شمال غرب الدلتا والتى تضم الأسكندرية والبحيرة ومطـروح. الأمر الذى يعكس أيضا عدم العدالة فى التوزيع لخدمات التأمين الصحى والتـى تعنـى بالمشـكلات والرعاية الصحية وفقا للاتفاقيات الدولية والتى تم الإشارة إليها سلفا.

شكل (7) التباين بين الفروع بالنسبة لنصيب المنتفع من تكلفة التشغيل



المصدر: المرجع السابق

وينطبق نفس الوضع بالنسبة لتكلفة الدواء حيث ينخفض الحد الأدنى المخصص وهو 30 جنيه بفرعى دمياط وجنوب الصعيد، وبالعودة إلى أعداد المنتفعين من الخدمة الصحية فى هذه المناطق نجد أن هاتين المنطقتين تسجلان أعلى معدلات من المنتفعين من الطلاب فى المرحلة الابتدائية؛ حيث بلغ العدد فى دمياط 45.3%، 47.1 % بمقارنة هذه النسب ونصيب الطالب من تكلفة الدواء الأمر الذى يوضحه الجدول التالى

جدول (3) بيانات تكلفة الدواء – قوى عاملة خلال عام 2003/2003

الفرع	منتفعون بالألف	تكلفة الدواء بالألف	نصيب المنتفع
غرب الدلتا	2094	882 8	4.24
وسط الدلتا	1603	15781	9.84
المنوفية	780	5790	7.42
شرق الدلتا	2189	13656	6.24
الدقلهية	1	9853	8.28
دمياط	1190	1900	7.12
القنال	267	4178	9.63
السويس	434	1502	11.92
القاهرة	1743	13011	7.46

الفرع	منتفعون بالألف	تكلفة الدواء بالألف	نصيب المنتفع
شمال الصعيد	2469	21216	8.59
المنيا	945	9050	9.58
وسط الصعيد	1781	11535	6.48
جنوب الصعيد	1230	8831	7.18
مجموع	16851	125185	7.43

المصدر: المرجع السابق، ص 89

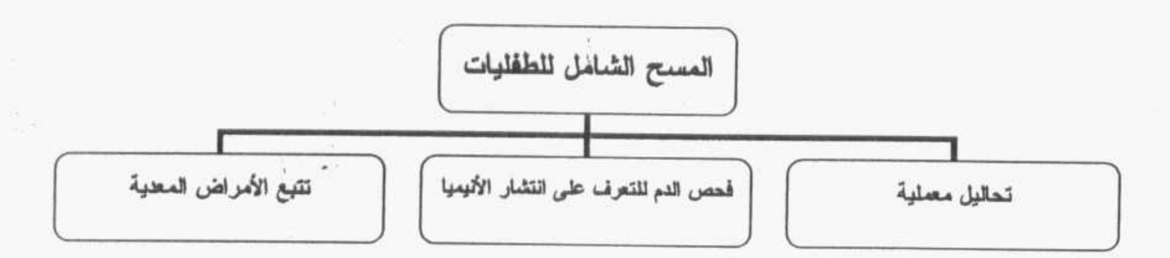
خدمات الهيئة العامة للتأمين الصحى لطلاب المدارس

وفقا للقانون 99 لسنة 1993 تقوم الهيئة بعدد من الخدمات للطلاب سواء قبل العام الدراسى أو بعده وتتضمن الخدمات التالية:

1. الفحص الشامل و التطعيمات
2. الكشف الطبى لطلاب المدارس ويجرى لهم كشف اكلينيكى (الوزن-الطول-الصدر-القلب)
3. التطعيمات وفقا للخطة المقررة وتشمل الحمى المخية- الثنائى
4. ثلاثى الفيروسى ويتم ذلك فى أول العام الدراسى حتى تعطى المناعة من أى مرض قد يظهر خلال العام الدراسى

ويوضح الرسم التالى المسح الشامل لتحرى الطفيليات من خلال عدد من الفحوصات

شكل (8) المسح الشامل لتحرى الطفيليات



المصدر:

هذا بالإضافة إلى عدد من الإجراءات الوقائية والخاصة بالبيئة المدرسية

ويتم ذلك بعدد من الوسائل أولا: البيئة المدرسية:

حالة الفصول (التهوية، الإضاءة،...إلخ)

صلاحية مياه الشرب، النظافة العامة، مقصف المدرسة، الباعة الجائلون.

كما يتم أيضا الإشراف على التغذية المدرسية من خلال لجان تنسيق بين التأمين الصحى ووزارتى الصحة والتعليم

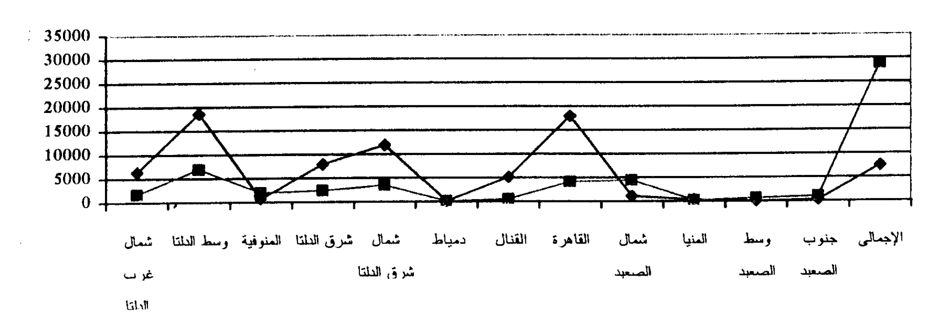
الترصد لاكتشاف حالات الأمراض النفسية والعصبية، كذلك الأمراض الخلقية والاحتياجات الخاصة.

برامج الحمى الروماتزمية للاكتشاف المبكر للحالات المرضية أو العلاج الطبى.

وتضع هيئة التأمين الصحى عددا من المهام التى من شأنها مراعاة الرعاية فى مجال الصحة العامة سواء من خلال الكشف الطبى الابتدائى عند دخول المدرسة أو قبل الدخول للمدرسة

ومن خلال هذه الفحوص الشاملة تم رصد عدد من الحالات المرضية التى تصيب طلاب المدارس والتى يعتبر من أهمها أمراض القلب والحمى الروماتزمية حيث بلغت نسبة الإصابة لروماتزم القلب لسائر المحافظات 17.%، فى مقابل 44.% لمعدل الإصابة بالحمى الروماتيزمية.ويوضح الرسم البيانى التالى أعداد الطلاب المصابين بروماتيزم القلب والحمى الروماتيزمية

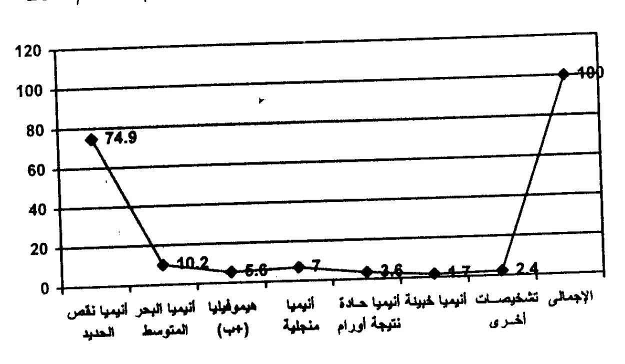
شكل (9) رسم بيانى يوضح التالى أعداد الطلاب المصابين بروماتيزم القلب والحمى الروماتيزمية



المصدر: المرجع السابق

أعداد الطلاب المصابون بالحمى الروماتيزمية وروماتيزم القلب فى فى مناطق التأمين الصحى المختلفة ومن خلال الفحوصات التى تمت تم رصد امراض الدم التى تصيب الطلاب من الجنسين فى مراحل التعليم المختلفة والتى بلغت نسبة 100% والتى تؤثر على مستوى التحصيل الدراسى للطلاب وهو من الأمور الواجب الالتفات إليها وخاصة أنيميا نقص الحديد والتى وصلت نسبتها 75%، وهى ترجع فى الأساس إلى العادات الغذائية السيئة بالإضافة إلى شرب الشاىوعدم توافر الأغذية الغنية بالحديد وهو من الأمور المألوفة عند المصريين بشكل عام.

شكل (10) رسم بيانى يوضح نسبة أمراض الدم لطلاب المدارس لعام 2003/2002



المصدر: المرجع السابق

ومن خلال العرض السريع لأوضاع التأمين الصحى للطلاب فى مصر وفلسفته وتطوره أن مازال أمام التأمين الصحى بشكل عام والتأمين الصحى للطلاب أهداف كبيرة، وخطة عمل تتضمن رفع كفاءة الأطباء والممرضات، بجانب التوسع فى المستشفيات والعيادات المدرسية، مما يستلزم إعادة النظر فى تمويل التأمين الصحى بما يكفل تحقيق الجودة الشاملة والفاعلية التىشرعت فى تنفيذها العديد من الدول وفقا لاتفاقية آلما آتا 1978 السابق الإشارة إليها مع الأخذ فى الاعتبار ما تعكسة العولمة على التأمين الصحى وتوصيات هيئات التمويل الدولية والتى تسعى إلى :

1. زيادة التوسع فى التأمين الصحى التجارى على حساب التأمين الصحى الإجتماعى الشامل
2. زيادة نصيب القطاع الخاص فى مجال تقديم الخدمات العلاجية من خلال التأمين الصحى
3. السعى لتحقيق التوازن فى نفقات التأمين الصحى مع إيرادته والذى يعنى فى مضمونه رفع يد الدولة عن تقديم الخدمات الاجتماعية الأساسية والتى يعتبر من أهمها التعليم والصحة، وهو من البنود الأساسية لكل من البنك الدولى وصندوق النقد الدولى وهيئة المعونة الأمريكية.

ومن الجدير بالذكر أن مصر تعد من أقل بالبلدان العربية فى نسبة الإنفاق على الصحة[18] وإذا أخذنا فى الاعتبار متوسط دخل الفرد فى مصر والتى صنفت لرقم 55 للفقر البشرى فى البلدان النامية، حيث تبلغ نسبة الإنفاق على الصحة من إجمالى الناتج المحلى 3.7%. ويتحمل الفرد 86% للإنفاق على الصحة فى حين تتحمل الدولة 32%. وبمقارنة مصر بالدول العربية الأخرى نجدها من أقل نسب من حيث إنفاق الدولة ، ويوضح الجدول التالى مؤشرات الإنفاق على الصحة فى بعض البلاد العربية

جدول (4) مؤشرات الإنفاق على الصحة فى بعض البلاد العربية

البلد	إجمالى الإنفاق كنسبة من الناتج المحلى	الإنفاق العام كنسبة من إجمالى الإنفاق على الصحة	الإنفاق الشخصى كنسبة من إجمالى الإنفاق على الصحة	الإنفاق الإجمالى	الإنفاق العام على الصحة بالدولار	الإنفاق الشخصى
الأردن	5.2	67.2	32.8	176	119	58
الإمارات	4.2	35.4	3.8	816	262	38
البحرين	4.4	58.5	37.7	539	315	204
الجزائر	3.1	50.8	49.2	122	62	60
المغرب	5.3	40.7	59.3	159	65	95
لبنان	10.1	29.6	53.8	563	167	303
ليبيا	3.4	54.2	45.8	221	120	102
مصر	3.7	27.0	73.1	118	32	86

المصدر، برنامج الأمم المتحدة الإنمائى، تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2002

ويتضح من الجدول السابق ما يتحمله الفرد من إنفاق على الصحة ضعف ما تتحمله الحكومة بحوالى ثلاثة مرات، وعلى الرمن ارتفاع نسبة الإنفاق على الصحة فى معظم البلدان العربيــة، إلا أن مصــر تعتبر أعلى نسبة إنفاق شخصى بالمقارنة لما تنفقة الحكومة. ووفقا لتقرير التنمية الإنسانية فإن مصــر احتلت المركز التاسع عشر فى تحقيق العدال فى انساق الرعاية الصحية بين الدول العربية، والترتيب الخامس والعشرين على مستوى العالم([19]).

وتأسيسا على ما سبق يتضح العلاقة الجدلية بين كل من الفقر والصحة والتعليم، والتى يلعب فيها الفقر الدور المحورى فى زيادة المرض والجهل، الأمر الذى يستدعى بالضرورة معالجة مشــاكل الفقر، وما يواجهه الفقراء من مشكلات تعوق حصولهم على الرعايــة الصــحية والتعلــيم، وبالتــالى ضرورة النظر فى تحسين وفاعلية التأمين الصحى فى المدارس.

مراجع الفصل الثانى

1) الكويت، المركز الدبلوماسي للدراسات الاستراتيجية، تقرير التنمية البشرية، 1998

2) البنك الدولى للإنشاء والتعمير، تقرير عن التنمية فى العالم: الاستثمار فى الصحة، واشنطن، 1993، ص 21

3) المرجع السابق، ص 55

4) المرجع السابق، ص 62

5) http://www.emro.who.int/pressreleases/2003

Bulletin of the World Health Organization: Poverty, Equity, Human Rights in:
www /scielo.php?script=sci_arttext, ibid

7) ibid

8) ج م ع، وزارة الصناعة والروة المعدنية، مجموعة القرارت الصادرة من الهيئة العامة للتأمين الصحى، ج3، القاهرة، هيئة المطابع الأميرية،9 199

9) رفعت رضوان، فلسفة التأمين الصحى فى جمهورية مصر العربية، القاهرة، د.ن، ص37

10) الحزب الوطنى الديموقراطى فى: www.freewebs.com/article7/abo1.ht

11) المرجع السابق

12) المرجع السابق

13) مجلس الشورى

14) وزارة التربية والتعليم، تحسين خدمات التأمين الصحى لتلاميذ المرحلة الأولى...مرجع سبق ذكره، ص71،70

15) المرجع السابق

16) الهيئة العامة للتأمين الصحى، تقرير المتابعة السنوى عن نشاط الهيئة خلال عام2003/23، القاهرة، ص 5

17) المرجع السابق، ص 16

18) برنامج الأمم المتحدة الإنمائى، تقرير التنمية الإنسانية العربية، نيويورك، 200، ص 37

19) المرجع السابق، الجدوال

الفصل الثالث

التأمين الصحى للطلاب
فى الولايات المتحدة
الأمريكية

الفصل الثالث*

التأمين الصحى للطلاب فى الولايات المتحدة الأمريكية

أولا:منظور تاريخي:

مقدمة:

تعكس برامج التأمين الصحي العام في الولايات المتحدة التزاما أصيلا بالاهتمام بالأطفال والأسر منخفضة الدخل، ويعتبربرنامجي المعونة الصحية Medicaid وبرنامج التأمين الصحي للأطفال بالولايات SCHIP برنامجين عامين صمما لتقديم خدمة صحية مجانية أو منخفضة التكاليف للأطفال منخفضي الدخل الذين لا يتح لهم التأمين الصحي الخاص، ومن ثم فإن المراجعة التاريخية مهمة لفهم ماهية هذه البرامج والتحديات التي يجب أن يواجهها صانعي السياسة من أجل تقديم رعاية صحية أفضل للأطفال.

وتعتبر البرامج الصحية الأسرية والموجهة للطفل أثناء فترة الكساد الأساس لبرنامج المعونة الصحية Medicaid، وقد أدت التوسعات التى خبرها البرنامج في الثمانينيات والتسعينيات لتجعل هذا البرنامج أكبر مقدم خدمة تأمين صحي في الولايات المتحدة، وفي عام 1997 ظهر برنامج التأمين الصحي للأطفال بالولايات SCHIP ليسد الفجوة بين هذا البرنامج والتغطية الصحية عن طريق الوظيفة، ويقوم كلا البرنامجين الآن بتوفير التغطية الصحية لأطفال الأسر منخفضة الدخل، بل ويمثلان مصدر التغطية الرئيس لأطفال هذه الأسر.

وقد التزمت أمريكا بضمان الرعاية الصحية لأفقر أطفالها عبر العقود، فالتغطية الصحية التي بدأت من خلال البرامج الصحية للأم والطفل أثناء فترة الكساد أصبحت حق للأطفال منخفضي الدخل مع صدور برنامج المعونة الصحية عام 1965 والتوسع اللاحق في تغطية هذا البرنامج في عقدي الثمانينيات والتسعينيات.

وعلى الرغم من تطور التغطية الصحية للأطفال بتمويل عام يعكس الجهود المبذولة لسد فجوة كبيرة في النظام الصحي الذي يعتمد على التمويل الخاص؛ حيث يتاح لمعظم الأمريكيين التأمين الصحي من خلال وظائفهم ومن خلال وظائف أعضاء الأسرة، إلا أن هذا لا يعني أن كل الأطفال تتاح لهم التغطية الصحية التي يقدمها أصحاب الأعمال، فعلى المستوى القومي فإن أكثر من ثلثي أطفال أمريكا والذين تبلغ نسبتهم (63%) يتمتعون بنوع ما من تغطية التأمين الصحي الخاص عن طريق خطط التأمين الجماعي التي يقدمها أصحاب الأعمال للعاملين

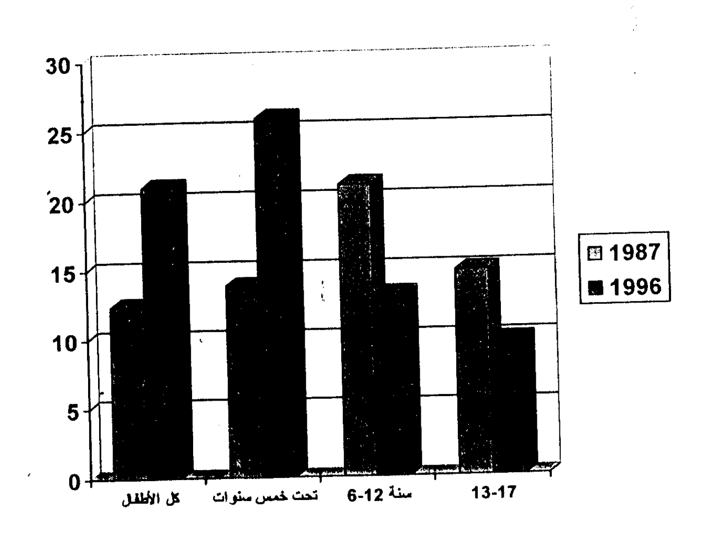
*إعداد:د.أحمد عطية،د. فاتن عدلى

وأسرهم. وبالنسبة للأطفال منخفضي الدخل الذين لا يستفيدون من التغطية التأمينيـة الخاصـة تلعب التغطية العامة دوراً كبيراً وهاماً، حيث أن واحداً من كل خمسة أطفال (20%) و(41%) من الأطفال منخفضي الدخل يستفيدون من برنامجي Medicaid وSCHIP[1]، ومع ذلك مـازال هناك 12% من الأطفال لا يستفيدون من أي شكل من التغطية[2].

ومن ثم فإن التأمين الصحي سواء كان بتمويل عام أو تمويل خاص يعمل على تحسـين إتاحة وتوفير الرعاية للأطفال ويمكنهم من الاستفادة من الرعاية الوقائية والأساسـية المبكـرة ويسهم في تحسين الحالة الصحية، ووفق أي مقياس أو معيار لتوفير الرعاية يتخلـف الأطفـال غير المؤمن عليهم عن أقرانهم الذين يستفيدون من التأمين العام أو الخاص[3]، ومع اتضاح هذه التباينات كان من الضروري تجدد جهود ضمان التغطية لكل الأطفال.

شكل رقم (11)

نسبة الأطفال المسجلين ببرنامج Medicaid Medicaid



المصـــدر: Weigers,M.E.,Weineck,R.M.,and Cohen,J.W.Children's Health 1996.MEPS Chartbook,No.1.Rockville,MD:Agency,for,Health

تطور التغطية الصحية العامة للأطفال:

رغم أن أحدث التطورات في التغطية الصحية للأطفال جاءت مع تبني برنامج التـأمين الصحي للأطفال بالولايات SCHIP عام 1997 إلا أن التأمين الصحي العام على الأطفال يمتـد إلى تاريخ بعيد يرتبط هذا التاريخ في الأساس ببرامج المساعدات النقدية لدعم الأسر منخفضـة الدخل التي لديها أطفال، وقد ازداد الاهتمام بتوسيع مظلة الرعاية الصحية للأطفال في العقـدين الماضيين، واليوم أصبح من حق معظم الأطفال منخفضي الدخل الحصول على التغطية الصحية من خلال برنامجي Medicaid وSCHIP.

البرامج الصحية للأم والطفل في فترة الكساد:

كانت مساعدة الأسر التي تعول أطفال من بين الأولويات التي أدت إلى صدور قـانون الضمان الاجتماعي عام 1935، وقد صدر هذا القانون استجابة للكساد الكبير ضمن نظم التأمين الأخرى للمتقاعدين والمتعطلين، كما استحدث نظام المعونة العامة، وكجزء من هـذه الأخيـرة كانت الولايات تقدم اعتمادات مالية إضافية للأسر لتغطية تكاليف الرعاية الصحية، بجانب مـا كانت من تقدم برامج صحية تقليدية مثل التطعيمات ومكافحة وفيات الأطفال وتقـديم خـدمات صحية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة للرعاية الصحية[4]

برنامج المعونة الصحية وتوسعاته:

جاء برنامج المعونة الصحية Medicaid بمثابة تقدم كبير في توفير التغطيـة الصـحية للأطفال منخفضي الدخل، وقد صدر هذا البرنامج عام 1965 كتشريع مصاحب لبرنامج الرعاية الصحية للكبار. كما يعتبر برنامج مشترك بين الحكومة الفيدراليـة والولايـات؛[5] حيـث تقـدم الحكومة الفيدرالية اعتمادات مالية لمساعدة الولايات في تقديم الخدمة الصحية للأطفال المعوزين وتوسيعها فى مقابل أن تقوم الولايات بإدارة البرنامج واتخاذ القرارات، وعليه فـإن مشـاركة الولايات في البرنامج كانت اختيارية ولكنها في حالة الموافقة على المشاركة كان عليها أن تلتزم بالمعايير والضوابط الفيدرالية، تقدم الحكومة الفيدراليـة 57% من تكلفة البرنامـج([6]).

ومن الجدير بالذكر أن البرنامج كان مصمما لإعطاء الدعم المالي الفيدرالي للولايـات للمساعدة في توفير المعونة الطبية للأسر والمسنين والمعاقين الذين يحصـلون علـى الرفاهـة الاجتماعية، أما فيما يخص الأسر المعيلة كان البرنامج يقوم على تسلم معونة نقدية من خـلال برنامج الرفاه، "المعونة للأسر التي تعول أطفال" الذي صدر أيضاً أثناء فترة الكساد بتقديم الدعم المالي النقدي للأطفال والآباء المعوزين؟؟([7]) وعموماً كانت الأسرة تستحق القيد والاستفادة من

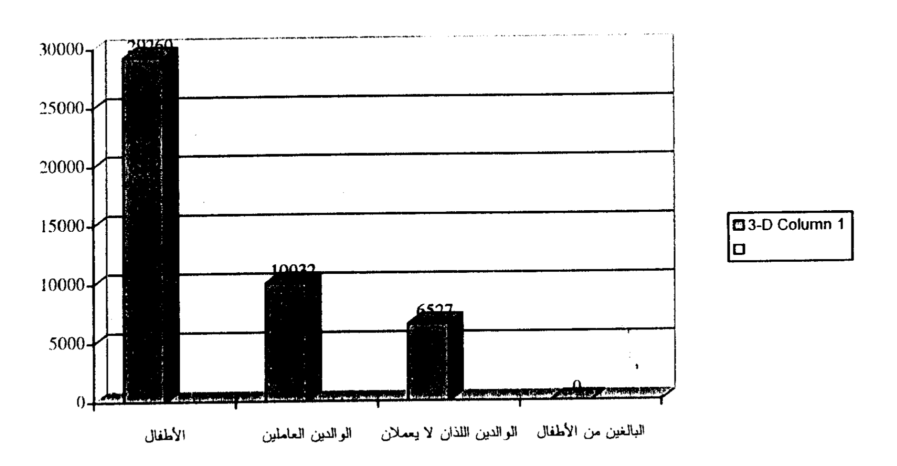
هذا البرنامج إذا كانت تعول طفل ودخلها أقل حد معين تحدده الولاية، ومعظم الأسر المؤهلة للاستفادة من البرنامج كانت أسر ذات عائل واحد ومنخفضة أو معدومة الدخل.

وقد ساعدت التعديلات بقانون الضمان الاجتماعي عام 1967 أي بعد صدور قانون برنامج Medicaid بعامين على توسيع دور البرنامج في توفير الرعاية الصحية على أساس الدخل وليس الرفاه وذلك بإعطاء الولايات الحق في تغطية الأطفال منخفضي الدخل ولا يتلقون معونة نقدية، ومن أهم ما استحدثته هذه التعديلات برنامج المتابعة الدورية المبكرة والتشخيص والعلاج والذي طور دور Medicaid من دفع تكاليف الخدمات الصحية إلى ضمان حصول الأطفال على الرعاية الوقائية الشاملة ومتابعة المشاكل الصحية، وإلى جانب إتاحة الخدمات الصحية الأساسية كالمستشفيات والأطباء والمعامل وخدمات التمريض المنزلية وفر البرنامج المتابعة الصحية الدورية على فترات.

في البداية ازدادت معدلات القيد بالبرنامج ثم انخفضت من منتصف السبعينيات إلى منتصف الثمانينيات وبخاصة قيد الأطفال الفقراء ربما كان ذلك بسبب ارتباط البرنامج ببرنامج معونة الأسر العائلة (المعيلة)، ثم اتسع نطاق البرنامج ليشمل الأمهات الحوامل والأطفال المعوزين من الأسر ذات العائلين([8]) في عام 1992 كانت ولاية واحدة (واشنطن) تغطي الأطفال من كل الأعمار من المعوزين كما تحددهم معايير الولايات وفي عام 2002 كان كل الأطفال تحت 19 سنة من منخفضي الدخل يتمتعون بمزايا وخدمات برنامج Medicaid في كل الولايات ثم امتد البرنامج ليشمل الأطفال الأعلى دخلاً.

شكل(12)

مستويات الدخل التى تؤهل الأطفال والدين للاستفادة من برنامجى
SCHIP & Mediciad



المصدر: Dubay,L.,and Kenney,G.M.Health care access and use among low-income children:Who fares best?Health Affairs ,January/February 2001,Vol.20(1),pp.112 -21.

برنامج التأمين الصحي للأطفال للولايات:

في منتصف التسعينيات ازداد الطلب على التأمين الصحي وتوسيع مظلته للأطفال على الأقل، واقترح البعض توسيع برنامج Medicaid ليغطي عدد أكبر من الأطفال منخفضي الدخل. ولكن كان البديل الناجح هو برنامج التأمين الصحي للأطفال بالولايات SCHIP عام 1997. يقدم البرنامج 40 بليون دولار كدعم مالي فيدرالي إضافي على مدى عشر سنوات لتشجيع الولايات على مد مظلة التأمين للأطفال غير المؤمن عليهم والذين تزيد دخول أسرهم عن الحد المعمول به في برنامج Medicaid من أجل مد ضمان أن يعمل البرنامج الجديد على توسيع مظلة التأمين إلى الأطفال المؤمن عليهم وضع التشريع ضوابط تمنع أن يكون البرنامج بديل عن التأمين الذي يقدمه أصحاب الأعمال أو تغطية برنامج Medicaid.

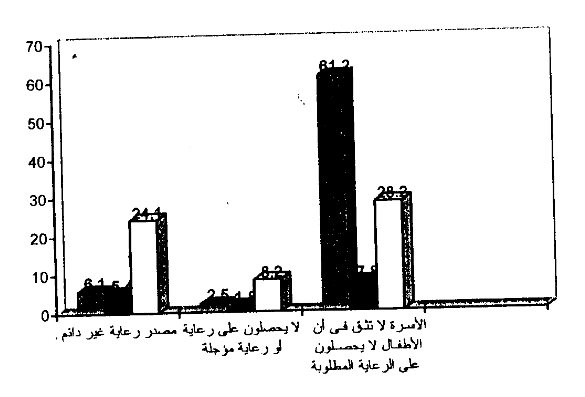
هذا البرنامج على خلاف برنامج Medicaid يقوم على منحة محددة يتم إنفاقها على مدى عشر سنوات مع الإسهام من الولايات ولكن في البرنامج الجديد يزيد نصيب الحكومة الفيدرالية عن إسهام الولايات عن مثيله في Medicaid، عند صدور تشريع هذا البرنامج كان أمام الولايات

الاختيار بين التوسع في برنامج Medicaid أو إنشاء برنامج جديد وبالفعل فـي يوليـو 2002 اختارت 16 ولاية تطوير برنامج جديد SCHIP في حين اختارت 16 ولايـة أخـرى توسـيع البرنامج القديم واختارت 19 ولاية استخدام مدخل يجمع بين البرنامجين السابقين.

التغطية الصحية للأطفال بعد عام 1997:

بحلول عام 2000 كان برنامجي المعونة الصحية Medicaid وبرنامج التأمين الصـحي للأطفال بالولايات SCHIP يغطيان 24 مليون طفل منهم 21 مليون طفل فقيـر أو شـبه فقيـر يغطيهم برنامج Medicaid وحوالي 3 ملايين طفل شبه فقير يغطيهم برنامج SCHIP، لقد أصبح البرنامجين المصدر الرئيسي للتغطية الصحية للأطفال من الأسر منخفضة الدخل (الأسر المكونة من ثلاثة أفراد ودخلها 27.476 دولار عام 2000)، في عام 2000 كان 41% مـن الأطفـال منخفضي الدخل مسجلين بأحد البرنامجين. لقد عمل برنامج التأمين الصحي للأطفال بالولايـات على تسهيل إجراءات القيد وتخفيف القواعد والإجراءات التي كانت تحبط الكثيـرين وبخاصـة ممن لا ينطبق عليهم الرفاه، لذلك عملت الولايات على تسهيل الإجراءات وتقصير اسـتمارات القيد ووثائق القيد حتى جاء برنامج SCHIP بإجراءاته السهلة القصيرة بدون مقابلات شخصية.

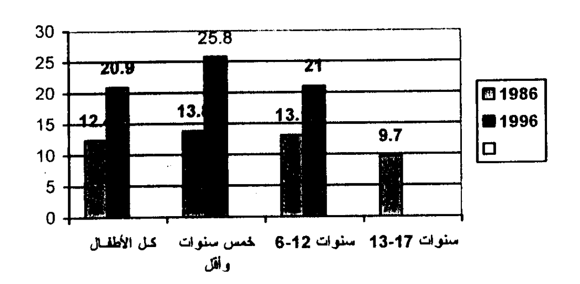
شكل (13) إتاحة الرعاية للأطفال منخفضي الدخل
وفقاً للحالة التأمينية عام 1997



المصدر:

Duboy,L., Kenny, G.M. Health care Access and use among low income children: who fares best? Health affairs, January/February 2001,vol. 20 (1) pp 112-121

شكل (14)



المصدر: Guyer J.Low-income parents ' access to Medicaid five years after welfare reform..Washington,DC:Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured,June 2002,p.5.

التحديات الحالية:

- ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية وانخفاض عائدات الولايات.
- الفجوات في التغطية حيث يوجد عدد غير قليل من الأطفال الفقراء وشبه الفقراء غير مقيدين بأي من البرنامجين.
- عدم تضمن البرنامجين للأطفال المهاجرين الذين دخلوا الولايات المتحدة بعد 1996.
- عدم تغطية والدي الأطفال المؤمن عليهم في برامج التأمين الصحي.
- وجود قوائم انتظار من الأطفال الذين يريدون التأمين بسبب نقص التمويل.
- زيادة عدد الأطفال منخفضي الدخل يكون برفع سقف الطفل الذي يعتبر منخفض الدخل.

ثانيا: التأمين الصحي على الأطفال: رؤية تحليلية

كان نظام التأمين الصحي على الأطفال في حالة سيئة منذ عشرة سنوات، وجاء في العدد الأول من مجلة "مستقبل الأطفال" أن الرعاية الصحية للأطفال تتأثر بنفس القوى التي تعوق باقي نظام الرعاية الصحية([9])، ومن ذلك أن الأطفال في عام 1987 كانوا أقل من حيث الاشتراك في نظام التأمين الصحي عن عام 1977 ومما يلاحظ على هذه الفترة أيضاً تدهور الرعاية الصحية للأطفال غير المؤمن عليهم صحياً مقارنة بالأطفال الخاضعين لنظام التأمين[10]، (ومع تراجع الاقتصاد بعد سنوات من النمو ازداد عدد الأطفال غير الخاضعين للتأمين، وعلى

خلاف ذلك انخفضت نسبة الأطفال غير الخاضعين لنظام التأمين عام 1998 إلى 15.4% وذلك بفضل التوسع في برامج التأمين الصحي للأطفال.

بدأ الالتزام بالرعاية الصحية للأطفال وبرامج التأمين الصحي العامة للأطفال منذ عقود، تحديداً عام 1965، ووصلت ذروتها عام 1997 بإصدار برنامج التأمين الصحي للأطفال في كل الولايات للأطفال غير المؤمن عليهم من أبناء الأسر العاملة منخفضة الدخل، وعلى المستوى القومي هناك حوالي ثلثي الأطفال يتمتعون بخطط رعاية صحية يمولها أصحاب الأعمال التي يعمل بها والديهم. إلا أن كثير من أطفال الأسر منخفضة الدخل لا يستفيدون من هذا النوع من التأمين وذلك لأن كثير من أولياء أمورهم لا يتحملون دفع أقساط التأمين بحيث يغطي الأسرة كلها، كما أن هناك من الآباء من يعملون بوظائف منخفضة الأجر، ولا يوفر أصحاب الأعمال بها نظام تأمين، ولا يتحمل الآباء شراء التأمين بعيداً عن العمل. ويعد التأمين العام ذو أهمية كبرى لمثل هؤلاء الأطفال، ففي عام 2001 كان برنامجي Medicaid وبرنامج التأمين الصحي للأطفال بالولايات SCHIP يغطيان حوالي 24 مليون طفل (30% من كل الأطفال و40% من الأطفال محدودي الدخل)، وفي عام 2002 تم إنفاق 40 بليون دولار سواء على المستوى القومي أو على مستوى الولايات من أجل التغطية الصحية للأطفال محدودي الدخل([11]).

إن الاستثمار العام في التأمين الصحي للأطفال يعكس الالتزام القومي بحماية صحة الأطفال وكذلك القيمة الاجتماعية التي يعولها الأمريكيون على صالح ورفاهية الأطفال، الأمر الذى أوضحته استطلاعات الرأي.

ورغم التقدم الكبير الذي حدث مؤخراً إلا أن ارتفاع معدلات الأطفال غير المؤمن عليهم بين الأطفال والأسر منخفضة الدخل مازال يمثل مشكلة كبيرة ومعقدة في السياسة إلى جانب المشكلات التمويلية سواء على المستوى الفيدرالي أو على مستوى الولايات، وهو ما يمثل تهديد للنظام برمته، ومع ذلك فإن هذين البرنامجين نجحا كثيراً.

أهمية التأمين الصحي:

يكاد يكون من نافلة القول أن كل من التأمين الصحي العام والخاص يقللان التكاليف التي تتحملها الأسر على الرعاية الصحية، وبالتالي يتاح للأطفال مزيد من الرعاية الصحية وخدماتها وتأمن الأسر من المصاعب المادية التي تصاحب المرض أو الإصابة التي تتطلب الرعاية الطبية. وبالتالي يقلل من الضغوط الأسرية الناتجة عن المرض والإنفاق على العلاج وتحسين صحة الأطفال طوال العمر، وقد أثبتت الدراسات أن حوالي 36% من الأسر التي سُجل أطفالهم

حديثاً في التأمين إن الصعوبات المادية قبل تسجيل أطفالهم كانت صعبة وأن 74% منهم كانت هذه الصعوبات تسبب لهم مشكلات ومصدر قلق([12]) وأن التأمين قلل من الصعوبات المالية المصاحبة للمرض وقلل بالتالي من القلق لدى الأسر.

فوائد إتاحة الرعاية الصحية:

تثبت البحوث أن التأمين الصحي سواء كان يُمول من الحكومة أو من القطاع الخاص يرتبط إيجابياً بمؤشرات أساسية من مؤشرات استخدام الطفل للخدمات الصحية ([13]) مقارنة مع أقرانهم غير المؤمن عليهم يزداد احتمال حصول الأطفال المؤمن عليهم على مصدر منتظم من الرعاية الصحية، والحصول على الرعاية الصحية عندما يحتاجونها وأنهم يزورون ممارسي الرعاية الصحية أكثر من غيرهم المؤمن عليهم.

فعلى سبيل المثال وجدت دراسة حديثة بحثت أنماط الاستفادة من الرعاية الصحية بين الأطفال المسجلين في برنامج التأمين الصحي للأطفال بالولاية SCHIP والأطفال غير المؤمن عليهم وجدت أن الأطفال المؤمن عليهم في هذا البرنامج يحصلون على رعاية صحية أفضل من أقرانهم([14]). كذلك بحثت هذه الدراسة أنماط الاستفادة قبل وأثناء التسجيل في البرنامج ووجدت أن الأطفال أثناء التسجيل بالبرنامج ترددوا على المستشفيات والممارسين وحصلوا على زيارات رعاية صحية للأطفال أكثر منه قبل التسجيل بالبرنامج.

إن إتاحة خدمات الرعاية الصحية يساعد أيضاً في ضمان حصول الأطفال على الخدمات الصحية التي يحتاجونها، على سبيل المثال تقابل الاحتياجات الصحية للأطفال المؤمن عليهم أكثر من الأطفال غير المؤمن عليهم، وهو ما صدقت عليه إحدى الدراسات([15]).

ووجدت دراسة أخرى قارنت الأطفال منخفضي الدخل المسجلين ببرنامج الرعاية الصحية Medicaid وغيرهم من المؤمنين أن الأطفال المسجلين كانت احتياجاتهم إلى الرعاية الصحية تقابل بشكل أفضل من الأطفال غير المسجلين، وأن الأطفال غير المسجلين بالبرنامج أكثر عرضة للمشكلات الصحية حيث إن الرعاية الصحية الروتينية تمنع أو تقلل من الإصابة بالأمراض([16]) وأن الأطفال غير المؤمن عليهم يفشلون عادة في الحصول على الأدوية والعلاجات الموصوفة لهم بسبب التكلفة([17]).

يمثل التأمين كذلك مؤشر قوي على أن الطفل لديه مصدر رعاية صحية منتظم([18]) وعموماً فإن مصدر رعاية صحية منتظم وبالأخص الرعاية الأولية يشجع استخدام الخدمات

الصحية والاستفادة منها ويزيد فوائد الخدمات التي يتم الحصول عليها. ووجد هوفز وينج([19]) أن الأطفال الذين يحصلون على مصدر رعاية منتظم يحصلون على التحصينات المطلوبة وزيارات وقائية كما يعبر أولياء أمورهم عن مستويات أعلى من الرضا بالرعاية الصحية لأبنائهم، وعلاوة على ذلك هناك أدلة توضح أنه عندما ينمي الأطفال علاقات طويلة مع أحد مقدمي الرعاية الصحية فإنهم يحصلون على التشخيص المناسب ويحتاجون أقل إلى دخول المستشفى وبالتالي يحتاجون إلى تكاليف أقل في الرعاية الصحية([20]).

وعلى الرغم من أن هناك عوامل أخرى غير التأمين الصحي تفيد في تحسين الحالة الصحية للأطفال، ومع ذلك تقرر الدراسات أن التأمين الصحي أهم هذه العوامل([21]).

تقليل معدلات عدم التأمين بين الأطفال:

بين عامي 1998 و2002 انخفض عدد الأطفال الذين يفتقدون التغطية الصحية في الولايات المتحدة بمقدار 2.6% (1.7 مليون طفل)([22]). فبعد بدء برنامج التأمين الصحي للأطفال بالولايات عام 1997 ازداد عدد الأطفال المؤمن عليهم من أبناء الأسر منخفضة الدخل بشكل ملحوظ([23]) هذا إلى جانب أن النمو الاقتصادي بين عامي 1994 و2000 أدى إلى زيادة التغطية الصحية من خلال مهن الوالدين.

وفي عام 2001 كان برنامج المساعدة الصحية Medicaid يغطي 21 مليون طفل منخفض الدخل وكان برنامج التأمين الصحي على الأطفال يغطي حوالي 3.5 مليون طفل وهذين البرنامجين يمثلان الآن المصدر الرئيسي للتغطية الصحية بالنسبة للأطفال منخفضي الدخل (الأسرة التي دخلها 36.200 دولار ومكونة من 4 أفراد([24]).

تسهيل عملية التسجيل بالبرامج:

على عكس برامج المنفعة العامة الأخرى التي تحد من القيد بها وتحجمه في أضيق الحدود يبدي برنامج التأمين الصحي للأطفال بالولايات اهتماماً كبيراً بتسهيل وتوسيع إجراءات القيد، فهذا البرنامج مصمم للوصول إلى الأطفال المنتمين إلى أسر الطبقة العاملة محدودة الدخل، ويعتمد نجاح البرنامج بقدرته على الوصول إلى مستويات التسجيل المستهدفة من أبناء الأسر منخفضة الدخل، وقد أثرت هذه الإجراءات بسهولتها على برنامج المساعدة الطبية Medicaid حيث خفف من تعقيدات عملية التسجيل فيه([25]).

توفير مزايا صحية شاملة:

إن حزمة الخدمات الصحية التي يقدمها البرنامجين السابقين أكثر شمولاً من كل البرامج الخاصة، ومن تلك الخدمات التي يتلقاها الأطفال عبر برنامج المعونة الطبية Medicaid المتابعة الدورية المبكرة والتشخيص والعلاج في مجالات البصر والأسنان والسمع إلى جانب خدمات التشخيص والعلاج.

وعلى الرغم من أن برنامجي المعونة الصحية والتأمين الصحي للأطفال بالولايات المدعومين باقتصاد قوي حققا تقدم ملموس في توسيع التغطية الصحية للأطفال منخفضي الدخل، ومع ذلك فما زال هناك 9 ملايين طفل أمريكي يعوزهم التأمين الصحي. وإذا أردنا حل مشكلة الأطفال غير المؤمن عليهم في الولايات المتحدة -وهو ما يريده 85-90% من الأمريكيين حسب استطلاعات الرأي العام- أثبتت برامج التأمين الصحي العامة أنها أداة فعالة في تقديم التغطية الصحية للأطفال، ولذلك فمن المهم لتقليل أعداد الأطفال غير المؤمن عليهم توسيع المشاركة في البرنامجين المذكورين حيث أن 76% من الأطفال غير المؤمن عليهم يستحقون التغطية في أحد البرنامجين المذكورين ولكنهم غير مسجلين بهما([26]).إن الاستمرار في التركيز على تسهيل نظم التسجيل والتجديد وكذلك الجهود التعليمية والتوسعية سوف تسهم في وصول هذه الخدمات إلى هؤلاء الأطفال. ومن ثم سيكون من الضروري كذلك تسجيل الأطفال من أصل لاتيني وغيرهم من أطفال الأقليات وأطفال الأسر المهاجرة (الأسر التي أحد أعضائها على الأقل من المهاجرين) المراهقين، فهؤلاء الأطفال ممن يستحقون التأمين حسب مستوى دخل أسرهم إلا أنهم غير مسجلين بالبرامج.

علاوة على ذلك فإن 6% من الأطفال غير المؤمن عليهم من المهاجرين غير الشرعيين الذين تنطبق عليهم شروط القيد ببرامج التأمين الصحي، ولذلك يجب توسيع القيد بالبرنامجين ليشمل هذه الفئات من الأطفال، كما يجب رفع حد مستوى الدخل الذي يسمح بالتسجيل في أحد البرنامجين لتشمل مثلاً أطفال الأسر التي يزيد دخلها عن مستوى الفقر القومي بنحو 300% مع عدم تقليل أو عدم إحلال التأمين العام محل التأمين الخاص، وهو ما يمكن أن يسهم في توفير التغطية لنحو 5% أخرى من الأطفال غير المؤمن عليهم. ويوضح الجدول التالى إمكانيات البرنامجين فى تخفيض عدد الأطفال غير المؤمن عليهم.

جدول (5)

إمكانيات برنامجى **Medicaid and SCHIP** لتخفيض عدد الأطفال غير المؤمن عليهم

الفئات	نسبة الأطفال غير المؤمن عليهم	أعداد الأطفال (بالمليون)	تكلفة التغطية سنويا	
			مشاركة الولايات بالبليون	مشاركة الفيدراليات(
الأطفال الذين يستحقون القيد ببرنامجMEDICAID	%51	4.69	209$	$3.8
الأطفال الذين يستحقون القيد ببرنامج SCHIP	%25	2.30	$0.8	%2.2
الأطفال محدودى الدخل من أبناء المهاجرينغير المسجلين	%6	0.55	$0.5	0.7
الأطفال غير المؤمن عليهم، والذين أصبحوا يستحقون القيد ببرنامج SCHIP إلى 300% من مستوى الفقر القومى	%5	0.46	$0.49	$0.4
إجمالى الأطفال والتكلفة المصاحبة لاستخدام الرامج الحالية لتغطية الأطفال غير المؤمن عليهم إلى الأطفال الذين دخل أسرتهم 300% من الدخل القومى	%87	8.00	$4.3	7.1
الأطفال غير المؤمن عليهم لأسر دخلها يزيد عن 300% من مستوى الفقر الفيدرالى	%13	1.2	-	-

المصدر:

Sources:Cost data from Holahan,J.,and Kenney,G.Urban Institute,based on March 2002 Congressional Budget Office estimates..

تمويل برامج التأمين الصحي العامة

أدى التوسع السريع في برامج التأمين الصحي العامة إلى جانب التراجع الاقتصادي إلى ظهور مشكلات عديدة بنظم التمويل الفيدرالي والولاياتي لبرنامجي Medicaid وSCHIP منها الحاجة إلى مزيد من الأموال لبرامج التأمين الصحي العامة أثناء فترات الركود عندما تنخفض عوائد الضرائب والحساسية في نظام تمويل SCHIP وعدم المساواة في نصيب الحكومة الفيدرالية في البرنامجين وغيرها من المشكلات التي نقترح لها حلول هنا:

التمويل الدوري المقابل: Counter-Cyclical Financing

يجب أن توفر الحكومة الفيدرالية والولايات نظام تمويل **يزيد** اعتمادات Medicaid و SCHIP لتلبية الاحتياجات المتزايدة على التأمين الصحي العام أثناء الانكماشات الاقتصادية الصعبة كازدياد معدلات البطالة وفقدان الأسر للتغطية الصحية التي يقدمها أصحاب الأعمال، حوالي 1.4 مليون أمريكي تقريباً فقدوا التأمين الصحي عام 2001([27]) ووجدت دراسة حديثة أن الزيادة في معدل البطالة بمعدل 1% يمكن أن تزيد القيد لأكثر من 1.5 مليون شخص ببرنامج

Medicaid بالإضافة إلى مليون طفل(28) وهو ما قد يتكلف 3 بليون تقريباً منهم 1.2 بليون تتحملهم الولايات. هذا إلى جانب زيادة تكلفة الرعاية الصحية، ومن ذلك أن يطلب أصحاب الأعمال من الموظفين دفع أو تحمل نسبة أكبر من نفقات التأمين الصحي وهو ما يجعل بعض الموظفين يتنازلون عن التغطية الصحفية من أصله. والأهم من ذلك كله هو انخفاض عوائد الضرائب للولايات، والحل لذلك قد يكمن في صيغة التمويل الدوري المقابل يضمن تمويل البرامج العامة أثناء فترات التراجع عندما يزداد الطلب على البرامج مثل نظام تمويل التأمين للمتعطلين كما يجب على الحكومة الفيدرالية أن تعوض النقص في عوائد الولايات وبالتالي تراجع نصيبها في البرامج.

* **تمويل SCHIP**: يجب أن تعمل الحكومة الفيدرالية والولايات سوياً لحل مشكلات تمويل برنامج SCHIP لضمان تمويل مستقر وكافٍ للبرنامج في كل الولايات، فهذا البرنامج هو أيضاً يواجه مشكلات تمويل فيدرالية رئيسية عديدة ليس لها علاقة بمشكلات الميزانية الحالية للولايات. وهي مشكلات ناتجة عن الطريقة التي وزع بها الكونجرس الأموال الفيدرالية على الولايات. ومن الجدير بالذكر أن البرنامج تم إنشاؤه بمنحة فيدرالية قدرها 40 بليون دولار يتم إنفاقها على مدى عشر سنوات. ومن المشكلات أن الكونجرس خصص أموال للسنوات الأربعة الأولى والثلاثة الأخيرة أكثر من السنوات المتوسطة لتلبية أهداف الميزانية المتوازنة وعليه يتناقص التمويل الفيدرالي للبرنامج سنوياً بمقدار بليون دولار من عام 2002 إلى 2004، ويتزامن هذا التناقص مع حاجة متزايدة إلى أموال البرنامج بسبب توسيع القيد فيه.

إضافة إلى ذلك من المخطط أن يعاد مبلغ 3 بليون من الاعتماد الفيدرالي للبرنامج إلى الخزانة الأمريكية بنهاية عام 2002، 2003،(29) وذلك لعدم إنفاقها في الوقت المخصص لذلك في القانون الذي سنه الكونجرس للبرنامج، كما أن صيغة التمويل والتخصيص في القانون أدت إلى تلقي ولايات كثيرة لأموال فيدرالية أكثر مما تحتاج في حين تحتاج ولايات أخرى إلى هذه الأموال(30)، ونتيجة ذلك أن القيد بالبرنامج قد يصبح أبطأ أو يتراجع (حوالي ربع الأطفال 900.000 الذين يخدمهم البرنامج يمكن أن يفقدوا التغطية) لأن 17 ولاية لن يكون لديها التمويل الكافي للإبقاء على البرنامج بين عامي 2001 و2007(31) وهو ما يتطلب حل تشريعي من الكونجرس(32).

يجب أن ترفع الحكومة الفيدرالية نصيبها في برنامج Medicaid للأطفال إلى نفس مستوى نصيبها في برنامج SCHIP لتشجيع الولايات على تسجيل أطفال أكثر في الأول ولتخفيف العبء

عن الولايات وتسهيل الإدارة، ويشير معدل المقابل الفيدرالي Federal Matching Rate إلى تلك النسبة من تكلفة البرنامج التي تقدمها الحكومة الفيدرالية للولايات للبرنامجين. وتعتمد هذه النسبة على عددٍ من العوامل منها عوائد الولاية لعدد الأفراد، ومع أن Medicaid يغطي أطفال أكثر من SCHIP ويستهدف أسر منخفضة الدخل أكثر منه إلا أن الأخير يحصل على نصيب فيدرالي أكثر 30% من الأول([33]). وكنتيجة لذلك تتحمل الحكومة الفيدرالية الآن حوالي 57% من تكاليف برنامج Medicaid في مقابل 7 4% من تكلفة SCHIP([34]) وهو ما يعني أن الولايات تتكلف في الأول أكثر مما تتكلف في الثاني مما يشجعها على تسجيل الأطفال في الثاني أكثر من الأول، إن مساواة نصيب الحكومة الفيدرالية في البرنامجين سوف يساعد الولايات على حل كثير من المشكلات التمويلية وسوف يساعد الأطفال منخفضي الدخل وغير المؤمن عليهم والمحرومين والذين يحتاجون أكثر إلى التغطية وهم أولئك الذين يتعامل معهم Medicaid([35]) إن هذا البرنامج يتحمل 30% من زيارات طبيب الأطفال([36]) و38% من تكاليف دخول المستشفى([37]) و40% من عمليات الولادة لكل الأمريكيين([38])، زيادة النصيب الفيدرالي في هذا البرنامج سوف تساعد إذن على تحسين هذه الخدمات وزيادة عددها.

التنسيق مع التغطية الخاصة: تظل التكلفة عائق أمام توسيع التغطية الصحية العامة للأطفال وبخاصة في الأوقات الاقتصادية الصعبة، ومن الطرق الفعالة من حيث التكلفة لتوسيع التغطية الصحية للأطفال والأسر هو أن يتم استخدام الموارد المالية العامة لمعونة التأمين الصحي الجماعي الخاص الذي يقدمه أصحاب الأعمال، ومن أسباب فعالية هذا المدخل أن كثير من الأطفال الفقراء وغير المؤمن عليهم يعمل والديهم في وظائف لا تقدم التغطية الصحية و40-50% من الأطفال غير المؤمن عليهم ينتمون لأسر دخلها بين 133% و250% من مستوى الفقر الفيدرالي يتاح لهم تغطية صحية من جانب أصحاب الأعمال، وإضافة إلى ذلك يقدم مجتمع المشروعات والأعمال التغطية الصحية للأطفال، وقال 9 من كل عشرة موظفين على مستوى الدولة أن عدم التأمين على الأطفال يقلقهم وإنهم يعتقدون أن الأطفال يجب أن تتاح لهم مستوى أساسي معين من الرعاية الصحية([39]).

إن برنامجي Medicaid وSCHIP يجيزان بالفعل استخدام الاعتمادات العامة لمساعدة الأسر منخفضة الدخل التي تنطبق عليها الشروط لمساعدتها في دفع أقساط التغطية الصحية التي يقدمها أصحاب الأعمال، ويوصي كيرتس ونيو سكلر باستخدام استراتيجية تسمى المساعدة في الأقساط تستخدم أموال الاعتمادات العامة في تسجيل الأطفال الذين تنطبق عليهم الشروط في التغطية الصحية لوالديهم التي يقدمها أصحاب الأعمال وهو ما يمكن أن يسهم في توفير جزء

كبير من التكلفة حيث أن أصحاب الأعمال يتحملون معظم (70%-75%) من تكاليف تقديم التغطية الصحية للأسرة([40])، وبهذه الطريقة توفر ولاية رود أيلاند 178 دولاراً شهرياً لكل أسرة مسجلة في برنامج Medicaid الذي يقدم المساعدة في الأقساط([41]).

تبسيط الإجراءات: يجب أن تعمل الولايات على جعل إجراءات التطبيق والقيد والتجديد بالبرنامجين سهلة قدر الإمكان وأن تضمن أن القواعد المصممة للحفاظ على سلامة البرامج لا تعوق المشاركة من جانب الأطفال المستحقين، ومن المهم دراسة العوامل التي تدفع أو تحول دون المشاركة في البرامج من جانب الأطفال المستحقين، ومن أهم عوائق المشاركة كما جاء في مقال هولاهان أن سياسات البرامج والممارسات الإدارية وقلة المعرفة بوجود البرنامج وعدم الرغبة أو الحاجة إلى التغطية، وبالتالي فإن تسهيل قواعد البرامج والممارسات الإدارية المصاحبة للقيد والبقاء وإعلام الوالدين حول إتاحة البرامج وقيمة التغطية (أنشطة الامتداد والانتشار) تعتبر من العوامل الهامة في تقليل أعداد الأطفال غير المؤمن عليهم.

إن السبب الرئيسي وراء صعوبة الإجراءات هو ضمان استفادة الأطفال المستحقين فقط من البرنامج، ومن ذلك معرفة مستوى دخل الأسرة وكثرة الأوراق المطلوبة واستثمارات التطبيق المفصلة الطويلة والمقابلات الشخصية وغيرها من متطلبات إعادة القيد جاءت لضمان استفادة المستحقين فقط من البرامج، ومن الحلول الممكنة لذلك تعريف "سلامة أو أمانة البرنامج" بحيث يكون أكثر شمولاً مع استخدام الإجراءات والأوراق المطلوبة إلى جانب ما توصي به البحوث من توصيات لتسهيل الإجراءات.

تحسين التكامل بين البرنامجين: يمكن اتخاذ مزيد من الإجراءات والجهود لتبسيط القيد، ومن المطالب الهامة تحسين التكامل بين قواعد وإجراءات البرنامجين، فهناك 35 ولاية تطبق البرنامجين ومع ذلك فالعلاقة المتداخلة والتكاملية بين البرنامجين تعني أن ينتقل الأطفال من برنامج لآخر مع تغير ظروف الأسرة وتغير سن الطفل لكن ذلك يتطلب تسهيل الإجراءات التي تسمح للأطفال بالانتقال بينهما.

تسهيل التجديد قدر الإمكان: إن قيد الأطفال المستحقين ليس سوى الخطوة الأولى نحو ضمان إتاحة الرعاية الصحية فالاحتفاظ بقيد الأطفال يمثل تحدي مستمر، وقد أثبتت دراسات كثيرة أن الأطفال المستحقين عرضة لفقد التغطية في أي وقت ويزداد ذلك عندما يتحتم على الأطفال تجديد التغطية.

التنسيق مع البرامج الأخرى: يجب على الولايات تنسيق القيد في برامج التأمين العامة مع القيد في برامج المنفعة العامة الأخرى التي تستهدف الأطفال منخفضي الدخل مثل برامج التغذية المدرسية لزيادة تغطية الأطفال، وهناك استراتيجيتين هامتين لتسهيل القيد وضمان حصول الأطفال المستحقين على التغطية بأسرع وقت ممكن وهما وضع شروط افتراضية تسمح لمؤسسات مثل مقدمي الرعاية الصحية والمدارس بالتسجيل الفوري ولكن المؤقت للأطفال الذين يبدو أنهم يستحقون التأمين الصحي العام، ويبقى للأسر إكمال عملية التطبيق حتى وإن كان الطفل لا يستحق([42]) وومن الجدير بالذكر أن عشر ولايات استخدمت مثل هذه المعايير في برنامج Medicaid وخمس ولايات في برنامج SCHIP([43]) .

أما *الاستراتيجية الثانية* فهي التنسيق مع البرامج العامة الأخرى فكثير من الأطفال غير المؤمن عليهم مسجلين في برامج عامة أخرى شروط القيد بها تشبه شروطا القيد بكلا البرنامجين([44]) فمثلاً 63% من الأطفال منخفضي الدخل غير المؤمن عليهم ينتمون لأسر يحصلون على طوابع طعام أو يشاركون في برامج التغذية مثل برنامج الغذاء (وجبة الغذاء) المدارس القومية أو برنامج التغذية التكميلية الخاصة للأمهات والأطفال([45]).

* **الانتشار والإعلام:** يجب على الولايات والحكومة الفيدرالية أن تستمر في الانتشار والتعليم كأولوية ويجب أن يعملا مع المنظمات المحلية لاستهداف الأطفال غير المؤمنين ولكنهم مستحقين مثل المراهقين وأطفال الأقليات وأطفال الأسر المهاجرة والمتعطلين حديثاً، عمل بدء برنامج SCHIP عام 1998 على حث الجهود المكثفة في إعلام الجمهور بالبرنامج الجديد وتشجيعهم على القيد، وقد طورت الولايات مجموعة من استراتيجيات التسويق للبرامج مثل اختيار أسماء جذابة والإعلان والكنائس والمدارس في حملات القيد([46]). إن معظم الولايات (73%) اشتركت في دعم المشاركة في البرنامجين وهو ما عمل على زيادة القيد في كلا البرنامجين([47]).

تحسين التكامل بين البرنامجين: شاركت الولايات مؤخراً وعلى نحو متزايد مع منظمات ومؤسسات محلية كجزء من جهود الانتشار وفتحت بذلك فرص جديدة للوصول إلى القطاعات المستحقة مثل المراهقين والمهاجرين، إن برنامج SCHIP بقواعده وتشريعاته يسمح بذلك على العكس من برنامج Medicaid([48]) وهو ما ساعد البرنامج في الانتشار والتأثير([49]).

المراهقين: يجب أن تجرب الولايات جهود خاصة للانتشار لزيادة مشاركة المراهقين في البرنامجين، ويجب أن تراقب عن كثب إلى أي مدى تلبي هذه البرامج اختيارات المراهقين،

فمرحلة المراهقة مرحلة نمو متفردة تتميز بالنمو المتسارع حيث يحدث عدد من التغيرات السيكولوجية والمعرفية والاجتماعية والعاطفية في نفس الوقت. إن الوقاية المبكرة والتعليم الصحي هامة بشكل خاص للأطفال المراهقين، ومع ذلك فالمراهقين لا يستفيدون من التغطية الصحية مثل الأطفال الصغار، وبخاصة الأطفال تحت سن السادسة([50]) . كان برنامج Medicaid في البداية يضع قيود على تسجيل المراهقين ولكنه وبعد التوسعات فيه أواخر الثمانينات سمح بقيد المراهقين ومساواتهم بالأطفال الصغار،([51]) ومع ذلك مازال المراهقين أقل استفادة من البرامج من الأطفال الصغار، ولذلك فإن معدلات عدم التأمين بين المراهقين (10-18 سنة) حوالي 14% مع زيادتها بين أطفال الأقليات والأطفال منخفضي الدخل.

ومن أجل زيادة مشاركة المراهقين لابد من الاهتمام بتطوير استراتيجيات توسيع وقيد فعالة وتقديم برامج تستجيب لاحتياجات وشواغل واهتمامات المراهقين، ويمكن في ذلك العمل مع منظمات الخدمة والمدارس ومقدمي الرعاية الصحية لتطوير وتنفيذ وتقييم استراتيجيات التوسع التي تستهدف المراهقين، وما أن يتم قيد المراهقين تكون هناك حاجة إلى تعليمهم الخدمات المتاحة وذلك لأنهم قد يشاركون في البرامج بعيداً عن أسرهم، كما يحتاج المراهقين مجموعة أوسع من خدمات الرعاية الصحية التي يحتاجها الأطفال الأصغر مثل تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية والصحة العقلية واستخدام المواد.

الأطفال المهاجرين الشرعيين: يجب أن تعيد الحكومة الفيدرالية تمويلها لبرامج التأمين الصحي العام للأطفال المهاجرين الشرعيين الذين فقدوا التغطية بعد سن أو صدور قانون إصلاح الإنعاش أو الرفاه عام 1996، إن أمريكا أمة من المهاجرين ومع ذلك فأطفال الأسر المهاجرة لا تغطيهم برامج التأمين الصحي، حيث إن واحداً من كل خمسة من الأطفال تحت الثامنة عشر إما مهاجر أو ينتمي لأسرة مهاجرة([52]). معظم (75%) هؤلاء الأطفال مواطنين ولدوا في أمريكا في حين أن 25% منهم ليسوا مواطنين، ومنذ عام 1990 ازداد عدد أطفال الأسر المهاجرة سبعة أضعاف الزيادة في عدد الأطفال غير المهاجرين، وتعد مكانة الأسرة القانونية من حيث كونها أسرة مهاجرة أم لا من أهم العوامل التي تحدد معاملتها في برامج التأمين الصحي، وتعد فئة الأطفال المهاجرين من الفئات المحرومة من مظلة التأمين الصحي، إن واحداً من كل أربعة أطفال من غير المؤمن عليهم ينتمي لأسرة مهاجرة([53]).

إن غالبية الأطفال المهاجرين يستحقون القيد بأحد برنامجي التأمين الصحي وفقاً لمستوى دخول أسرهم ولكنهم مع ذلك محرومين من هذا الحق بسبب عوائق كثيرة تقف أمام أسرهم منها

اللغة وأوراق القيد المعقدة إلى جانب عدم العلم بوجود البرامج وشـروط القيـد فيهـا، وتؤكـد دراسات كثيرة الأثر السلبي لإصلاح خدمة الإنعاش welfare على استخدام الأطفال المهاجرين لبرامج التأمين الصحي العام وغيرها من البرامج العامة([54]) نتيجـة لعـدم وضـوح شـروط الاستحقاق في سياسات إصلاح الإنعاش عام 1996، حيث يميز التشريع بين الأطفال الذين ولدوا قبل وبعد 22 أغسطس 1996 وهو موعد صدور القانون([55]) وهو ما أدى اسـتبعاد 8% مـن الأطفال المهاجرين المستحقين بعد صدور القانون([56])، وقد ازداد تعقد الموقف باشتراط القانون أن يمر خمس سنوات إقامة على الطفل قبل أن يتمكن من القيد بأحد البرنامجين.

إعادة حق الأطفال المهاجرين الشرعيين في برامج التأمين: سيكون لعـودة الحـق للأطفـال المهاجرين الشرعيين في برامج التأمين الصحي ذلك الحق الذي فقدوه بعد قانون 1996 فوائـد كبيرة حيث سيمنح اتغطية لعدد من الأطفال المهاجرين منخفضي الدخل المحرومين حالياً مـن المشاركة في البرامج إلى جانب تقليل قلق وهموم الأسر المهاجرة على أطفالهم وصحتهم، ولابد لذلك أن تقدم الحكومة الفيدرالية العون المالي للولايات التي تقدم خدمة التأمين الصحي لهـؤلاء الأطفال لمساعدتها في مواجهة عجز الميزانية، في العام الماضي تم إعادة الحق في طابع التغذية food stamp لهؤلاء الأطفال بعد أن سحب منهم عام 1996، كما أنهم ظلوا يستفيدون من برامج التغذية الفيدرالية مثل وجبة الغذاء المدرسية.

الأطفال غير المسجلين: يجب على كل من الولايات والحكومة الفيدرالية أن تمد مظلة التـأمين لكل الأطفال منخفضي الدخل بصرف النظر عن موقف الهجرة الخاص بهم سواء أكانوا مسجلين كمهاجرين شرعيين أم غير مسجلين، كما يجب أن تقدم خدمات لغوية وثقافية لضمان استفادة كل الأطفال من التغطية، وقد طُلب من كل الولايات تغطية الرعاية الصـحية الطارئـة للأطفـال المهاجرين المستحقين ضمن برنامج Medicaid ومع ذلك فهؤلاء الأطفال مـازالوا ينتظـرون الكثير([57])، وهناك محاولات ومبادرات في ولايات كثيرة للتأمين علـى الأطفـال المهـاجرين بصرف النظر عن نوع الهجرة رغم التحديات السياسية المحيطة بهذا العمل[58] **(مرجع 91)**، إن استبعاد موقف الهجرة باعتباره من عوامل الأحقية في البرامج من شأنه أن يزيد اشتراك أطفال الأسر المهاجرة الذين تنطبق عليهم الشروط لكنهم غير مسجلين حالياً بسبب التشوش والقلق من تغير حالة أعضاء آخرين في الأسرة وتهديد موقفهم. إن الدعم الفيدرالي لمثل هؤلاء الأطفـال سوف يساعد كثير من الولايات التي تقدم نوع ما من التغطية لهم حالياً. ومن الأهمية بمكان إلى جانب ذلك تقديم الخدمات اللغوية والثقافية الملائمة التي تؤهل هذه الأسر للاستفادة من بـرامج

التأمين الصحي وليس مجرد القيد بالبرامج وهو ما يمكن أن تساعد فيه جماعات ومنظمات المجتمع المحلي.

مستويات الدخل التي تؤهل للاستفادة من البرامج: يجب أن تعمل كل الولايات على زيادة الفئة التي تستحق القيد ببرنامج SCHIP لتضم كل الأطفال في الأسر التي يصل دخلها إلى 200% من مستوى الفقر الفيدرالي كما تعهد بذلك قانون البرنامج، ومع توفر الموارد المالية يمكن رفع سقف الاستحقاق إلى 300% من مستوى الفقر الفيدرالي رغم أن البرنامجين حقق تقدم كبير في سد الفجوات في التغطية الصحية للأطفال الذين ينتمون إلى أسر لا تستطيع تحمل التأمين الخاص إلا أن أطفال كثيرين مازالوا محرومين من مثل هذه البرامج وهناك طريقتين لتحسين تغطية الأطفال وهما زيادة سقف الدخل الذي يؤهل للقيد بالبرامج وتوسيع تغطية برنامج SCHIP لتشمل الوالدين. إضافة إلى الأطفال المهاجرين هناك عدد كبير من الأطفال منخفضي الدخل مازالوا لا يستفيدون من برنامج SCHIP وذلك لأن بعض الولايات لم تعد ترفع التغطية في البرنامج إلى مستوى 200% من مستوى الفقر الفيدرالي وهو ما يؤدي إلى حرمان عدد من الأطفال الذين يزيد دخل أسرهم قليلاً عن المستوى المحدد ولكنهم لا يتحملون نفقات التأمين الخاص. إن رفع سقف الدخل إلى 300% من مستوى الفقر الفيدرالي سوف يقدم التغطية ل 5% من الأطفال غير المؤمن عليهم حالياً، إن بعض الولايات والباحثين يبحثون حالياً العلاقة بين الوصول إلى الأطفال غير المؤمن عليهم وقيدهم وبين توسيع التأمين الصحي ليشمل الوالدين[59] **(مرجع 92)**، إن حوالي 7 5% من الأطفال غير المؤمن عليهم والذين يستحقون الاستفادة من أحد البرنامجين أحد والديهم على الأقل غير مؤمن عليه([60]) ومن هؤلاء الوالدين ال 9 ملايين غير المؤمن عليهم ثلاثة من كل أربعة دخلهم تحت 200% من مستوى الفقر الفيدرالي ويعملون بوظائف تقدم تغطية صحية تأمينية محدودة أولا تقدم هذه التغطية أصلاً، وقد أثبتت الدراسات([61]) أن الولايات التي وسعت التغطية التأمينية لتضم والدي الأطفال حققت معدلات مشاركة أعلى بين الأطفال من تلك الولايات التي تمد هذا الحق للوالدين([62]).

<u>العوامل الأخرى التي تؤثر على الحالة الصحية وإتاحة الرعاية</u>

هناك عوامل عدة تسهم جميعها في تشكيل الحالة الصحية للأطفال والتى لا يتأثر الكثير منها بإتاحة الرعاية الصحية ومن أهمها تلك العوامل الثقافية والبيئة والمكانة الاقتصادية والاجتماعية والموقع الجغرافيببرنامج Medicaid([63]). لذلك يحذر NG وHughes من أنه على الرغم من أن التغطية المتزايدة للتأمين الصحي يمكن أن يساعد على تحسين صحة الأطفال إلا أنه ليس سوى واحد من قضايا كثير يجب وضعها في الاعتبار لتحسين صحة الأطفال.

حتى الأسر التي تستفيد من التغطية الصحية قد تواجه عوائق تحول دون الحصول على الرعاية مثل صعوبة الحصول على مقدم رعاية صحية (مستشفى مثلاً) في مكـان ملائـم لهـا ويكون يعمل في أوقات تناسب أوقات عمل الأسرة وبرامج رعاية الطفـل، كمـا أن الأعبـاء الإدارية التي تضعها بعض برامج التأمين العام تجعل مقدمي الخدمة ينفرون من المشاركة فيها.

التقدم الحالي في توسيع التغطية العامة للأطفال:

رغم أن إنشاء برنامج التأمين الصحي للأطفال بالولايات SCHIP عمـل علـى زيـادة التغطية الصحية للأطفال حديثاً، إلا أن مان وزملاؤه يقرون أن للتأمين الصـحي العـام علـى الأطفال تاريخ طويل يعود إلى برامج صحة الطفولة والأمومة في فترة الكساد بما في ذلك المنح الفيدرالية للولايات لرعاية الطفولة والأمومة من خـلال قـانون الضـمان الاجتمـاعي عـام 1935والمساعدة النقدية من خلال برنامج معونة الأسر المعيلة، وكان الحدث الهام التـالي فـي تاريخ التغطية الصحية هو صدور قانون برنامج المعونة الصحية Medicaid الذي قدم المساعدة الصحية للأسر التي كانت تحصل خدمة الإنعـاش welfare، وبخاصـة الأمهـات المعـيلات العاطلات وأطفالهم تحت سن الثامنة عشر، كما قدم كذلك التغطية للبالغين والكبـار منخفضـي الدخل والمعاقين، وهو برنامج عبارة عن برنامج مشترك بين الولايات والحكومة الفيدرالية حيث تقوم الولايات بإدارة البرنامج وصنع القرارات حول مستويات الـدخل التـي تسـمح للأفـراد بالاستفادة منه (مستوى الفقر) والفوائد في إطار الخطوط العريضة للحكومة الفيدرالية وفي مقابل ذلك تقدم الحكومة الفيدرالية اعتمادات مالية للولايات أو تقدم لها تكلفة (57%) تغطيـة بعـض الخدمات الصحية للمستفيدين من البرنامج، ثم حدثت توسعات في هذا البرنامج وتطوير بـرامج فرعية في إطاره.

وفي عام 1996 حدث تطور هام في البرنامج حيث انتهى نظام القيد بالبرنامج الذي كان يعتمد على قيد الأسرة ببرنامج الإنعاش welfare أو تلقيها مساعدة أو معونة نقدية ليبدأ القيد فيه والحق في الاستفادة من خدماته حسب مستوى دخل الأسرة ومصادر أخرى.

بعد محاولة إدارة كلينتون الفاشلة لإحداث إصلاح صحي شامل في منتصف التسعينيات ركزت المذكرة السياسية حول الرعاية الصحية على توسيع التغطية للأطفال، وكانت النتيجة هي برنامج التأمين الصحي للأطفال بالولايات SCHIP عام 1997 من خلال المادة 21 من قـانون الضمان الاجتماعي، وكتتمة لبرنامج Medicaid، وهذا البرنامج نتيجة لتمويله من منحة حكومية

فيدرالية أعطى الولايات مرونة في تجريب مداخل متنوعة لتوسيع التغطية الصحية للأطفال منخفضي الدخل غير المؤمن عليهم.

وقد خرجت العديد من الدراسات الخاصة بتطوير التأمين الصحى للأطفال بالولايات المتحدة الأمريكية ببعض من التوصيات والمقترحات نلخصها فى التالى:

توصيات لتحسين وتطوير برامج التأمين الصحي

1- التمويل الدوري المضاد counter cyclical financing وهو أن تقوم الولاية والحكومة الفيدرالية بصياغة نظام تمويل يزيد من اعتمادات برامج التأمين الصحي لمواجهة الطلب المتزايد على التأمين الصحي العام في فترات التراجع الاقتصادي.

2- أن تراجع الحكومة الفيدرالية والولايات نصيب كل منها في تمويل برامج التأمين الصحي لضمان تمويل فيدرالي كافي ومستقر لكل الولايات كأن ترفع الحكومة الفيدرالية من إسهامها في ميزانيات الولايات منخفضة الدخل والعكس.

3- ضمان وصول خدمة التأمين الصحي أولاً لأطفال الأسر منخفضة الدخل والذين لا يتاح لوالديهم تأمين من خلال العمل.

4- التنسيق مع الجهات الأخرى التي تقدم خدمة التأمين الصحي ومن أهمها التأمين الصحي الذي يقدمه أصحاب الأعمال للموظفين وأسرهم.

5- التنسيق مع برامج التأمين الصحي التي يقدمها القطاع الخاص.

6- تسهيل إجراءات التسجيل والبقاء في هذه البرامج.

7- التنسيق مع البرامج الأخرى كأن تقوم الولايات بالتنسيق بين القيد ببرامج التأمين الصحي العام والقيد ببرامج المنفعة العامة الأخرى التي تستهدف الأطفال منخفضي الدخل مثل برامج التغذية المدرسية.

8- يجب على الولايات والحكومة الفيدرالية أن تحاول الانتشار من خلال التعليم العام والتنسيق مع المنظمات المحلية للوصول على الأطفال غير المؤمن عليهم مثل المراهقين وأطفال الأقليات وأطفال الأسر المهاجرة وأطفال الأسر التي يعاني عائلها من البطالة.

9- الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة للرعاية الصحية: يجب على الولايات أن تراقب مدى قيام برنامجي SCHIP و Medicaid بتقديم الخدمات للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلى الرعاية الصحية من حيث أماكن القيد وعدد الخدمات وتوفر مقدمي الخدمة وتنسيق الرعاية واتخاذ التدابير الملائمة لتحسين الأداء.

10- يجب الاهتمام بالمراهقين من جانب برامج التأمين الصحي ومراقبة مدى تجاوب البرامج مع احتياجاتهم.

11- ينبغي أن تعيد الحكومة الفيدرالية تمويلها لبرامج التأمين الصحي العام للأطفال المهاجرين الشرعيين الذين فقدوا هذه الخدمة بعد صدور قانون إصلاح الرفاه عام 1996.

12- يجب على الولايات والحكومة الفيدرالية أن يمدا برامج التأمين الصحي لكل الأطفال منخفضي الدخل بصرف النظر عن هويتهم، وأن يقدما خدمات لغوية وثقافية مناسبة لضمان استفادة كل الأطفال من برامج التأمين الصحي.

13- مد البرامج لمزيد من الأطفال وأولياء الأمور.

14- ضمان قيد كل الأطفال من الأسر منخفضة الدخل.

ثانيا: تحسين التأمين الصحي العام للأطفال:

حتى تبنى برنامج التأمين الصحي للأطفال بالولايات SCHIP عام 1997 لم تكن الولايات تعمل بجد على تحسين برامج الصحة العامة للأطفال أو تشجع القيد بمثل هذه البرامج، لكن الاعتمادات المالية الجديدة التي وفرها هذا البرنامج من أجل التوسع والانتشار جيث الولايات على تبني حملات تسويق لرفع الوعي حول برنامجي التأمين الصحي Medicaid وSCHIP وزيادة المشاركة فيهما، وهي الأنشطة التي اكتسبت الولايات الخبرة فيها مع الوقت.

ومع بدء تسويق برنامج SCHIP بدأت الولايات في الوقت نفسه تركز على قيد الأطفال في Medicaid وهو ما لم تكن الولايات تهتم به في السابق لأن معظم الأسر كانت تقيد أوتوماتيكياً في البرنامج عندما تدخل برامج الرفاه أو برنامج معونات الأسر المعيلة، ومع ذلك ففي عام 1996 تضمن إصلاح الرفاه إزالة الارتباط بين الحق في الانتفاع من برنامج Medicaid والقيد بقانون معونات الأسر المعيلة وهو ما أعطى برنامج Medicaid الفرصة لكي يعيد تعريف نفسه كبرنامج تأمين صحي للأسر منخفضة الدخل كما أن حملات الإعلان واستراتيجيات التوسع من جانب الولايات لتشجيع القيد ببرنامج SCHIP استخدمت في الوقت ذاته لتشجيع القيد في Medicaid.

وقد تم إجراء دراسة عام 2000 في لجنة كيزر حول برنامج المعونة الصحية والأطفال غير المؤمن عليهم وتضمنت مقابلات عميقة مع 55 مسئول من المكلفين بنشر وتسويق برنامج SCHIP في 48 ولاية([64]) إضافة إلى مراجعة وتحليل 37 إعلان مطبوع و24 إعلان تليفزيوني و15 إعلان إذاعي في 38 ولاية.

تسويق برامج التغطية الصحية للأطفال:

وفقاً لنوع برامج الصحة العامة التي تنفذها الولايات وما إذا كانت تتبنى برامج تأمين صحي عامة منفصلة أو مشتركة استخدم مسئولي الولايات استراتيجيات تسويق متنوعة لتشجيع المشاركة في البرامج الصحية منها استخدام أسماء جذابة للبرامج والدعم المشترك للبرامج مثل Medicaid وSCHIP وحملات الدعاية عبر الوسائط المتعددة وعلى رأسها الوسائط المطبوعة ثم الإذاعة ثم التليفزيون.

من هذه الاستراتيجيات أيضاً استهداف مناطق جغرافية محددة وجماعات معينة حسب احتياجات وخصائص هذه المناطق وتلك الجماعات، إلى جانب ذلك تتعاون كل الولايات مع العديد من المنظمات المحلية في شراكة تهدف إلى الوصول إلى جماعات عرقية أو إثنية معينة، ومن أهم هذه المنظمات الإدارات التعليمية.

المحتوى والرسائل المستخدمة لتوسيع ونشر برنامجي Medicaid وSCHIP:

في سبيل دعم وتوسيع برامج الصحة العامة طورت الولايات عدداً من استراتيجيات المحتوى والرسالة باستخدام وسائط مختلفة، أما عن الرسائل الأساسية للدعاية فكانت:

- برنامج المعونة الصحية Medicaid والتأمين الصحي للأطفال SCHIP غير مكلف.
- SCHIP وMedicaid للأسر العاملة.
- التغطية الصحية للأطفال ضرورية حتى ينمو بقوة.
- إذا قيدت طفلك سوف تنعم براحة البال.
- إن القيد بالبرنامج سهل للغاية.
- نحن نعفيك من ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية.
- يمكنك أن تأخذ طفلك إلى الطبيب الآن.
- هذا برنامج جديد.
- سيكون لطفلك طبيبه الخاص.
- يمكنك اختيار مقدم الخدمة.

الدروس المستفادة:

من طرق الدعاية الفعالة لتوسيع عضوية البرامج الصحية للأطفال:

- استخدام صور جذابة لأطفال متنوعين بما في ذلك المعاقين.

- التأكيد على المجانية أو انخفاض التكاليف.
- ذكر الخدمات التي تقدمها البرامج والتي قد تمثل مصدر جذب للوالدين.
- التركيز على أن الوالدين سوف ينعما براحة البال بعد التأمين على أطفالهم.
- الاتصال المباشر بالوالدين سواء تليفونياً أو مواقع الإنترنت.
- التركيز على الأسر العاملة ومع عدم نسيان الأسر غير المقيدة ببرامج الرفاه.
- تعريف الأسر بمستوى الدخل الذي مكن معه الاستفادة من البرامج مع رفع سقف هذا المستوى.

ثالثا:تقليل التباينات الصحية بين الأطفال

إن الهدف النهائي من تقديم التأمين الصحي العام هو تحسين صحة الأطفال منخفضي الدخل، ومع ذلك فإن الاعتراف بقصور التأمين الصحي مهم لأن صحة الأطفال تتشكل عن طريق عدد من العوامل كثير منها لا يمكن التأثير فيه بزيادة إتاحة الرعاية الصحية؛ حيث أن الحالة الصحية تتأثر بالعرق أو العنصر واللغة والثقافة والجغرافيا والطبقة الاجتماعية-الاقتصادية.

وهناك ثلاث مجالات تحدد إمكانية ما يمكن أن يؤديه أو لا يؤديه التأمين الصحي في ثلاثة مجالات: إتاحة الرعاية الصحية، تخفيف الضغط والقلق عن الآباء والأمهات، وتحسين الحالة الصحية للأطفال. يكشف هذا المسح عن موضوعات عديدة هامة منها:

- الارتباط القوي بين التأمين الصحي وإتاحة الرعاية.
- التأمين الصحي يقلل الضغوط من على الوالدين سواء المادية أو الوجدانية.
- الارتباط بين التأمين الصحي وتحسن الحالة الصحية.

أوضحت عدة دراسات بعض عوائق تحسين الحالة الصحية للأطفال منخفضي الدخل غير تلك المتعلقة بزيادة إتاحة الرعاية الصحية، وتؤكد على ضرورة التعامل مع أشكال عدم المساواة الاجتماعية التي تقود إلى التباين في الحالة الصحية على أساس العرق أو العنصر والدخل والتعليم.

وقد خبرت المبادرات الفيدرالية ومبادرات الولايات في توسيع التأمين الصحي نجاحات على مر السنوات الخمسة عشر الماضية للأطفال منخفضي الدخل بهدف زيادة الرعاية المتاحة لهم وتحسين مستواهم الصحي، ومع ذلك فمازال بعض الأطفال لا يستفيدون من هذه المبادرات

مثل أقرانهم. إن المستوى الاقتصادي الاجتماعي الذي يتم تقديره عن طريق دخل الوالدين إضافة إلى التعليم والمهنة تعتبر من المنبآت القوية بالموقف الصحي. فالأطفال منخفضي المكانة الاقتصادية والاجتماعية يعانون من كل الأمراض تقريباً وتحدث بينهم معدلات أعلى في الوفيات مقارنة بأطفال الأسر ذات الموقع المرتفع في هرم المكانة الاقتصادية الاجتماعية([65]).

في الثمانينات والتسعينيات وسع الكونجرس إلى حد كبير من برنامج المعونة الصحية Medicaid حتى أصبح اليوم كل الأطفال الفقراء تقريباً يستحقون تغطية البرنامج، ومن أجل تكميل هذا البرنامج أصدر الكونجرس عام 1997 تشريع برنامج التأمين الصحي للأطفال بالولايات SCHIP للأطفال الذين ينتمون إلى أسر تزيد دخولها عن مستوى الدخل الذي يؤهلها للاستفادة من Medicaid ولكنهم لا يتحملون تكاليف التأمين الخاص. إن البرنامج الجديد يخدم أطفال أقل ولكنه مع ذلك يمثل مصدر هام للتغطية لأولئك الأطفال الذين لن يستفيدوا من التأمين بدون هذا البرنامج، وعلاوة على ذلك عمل العدد الصغير من جهود التأمين المقدمة من القطاع الخاص على مر العقدين الماضيين على توسيع التغطية الخاصة المعانة حكومياً للأطفال غير المؤمن عليهم([66]).

إن توسيع قاعدة مستحقي التأمين الصحي يمثل خطوة هامة وضرورية في جهود تحسين المكانة الصحية للأطفال منخفضي الدخل ولكنها خطوة واحدة في خطوات كثيرة لا غنى عنها، نتيجة لذلك ورغم التغطية التأمينية الموسعة فإن تحقيق تحسن كبير وملموس في المكانة الصحية للأطفال منخفضي الدخل مازال في حاجة لجهد كبير. ومن أجل شرح البيئة الاجتماعية وبيئة السياسات المعقدة التي تشكل صحة الأطفال يجب فى البداية توضيح العوامل الأساسية إلى جانب التأمين الصحي التي تؤثر على صحة الأطفال. وبالتالى فالسؤال الذى يطرح نفسه هو كيف يمكن للتأمين الصحي أن يؤثر أو لا يؤثر على هذه العوامل، وبالتالي ما يمكن أن يقدمه التأمين لتحسين المكانة الصحية للأطفال، ولماذا يعد التأمين الصحي ضروري ولكن غير كافي لتقليل التباينات الصحية بين الأطفال مرتفعي ومنخفضي الدخل.

المؤثرات الرئيسية على صحة الطفل:

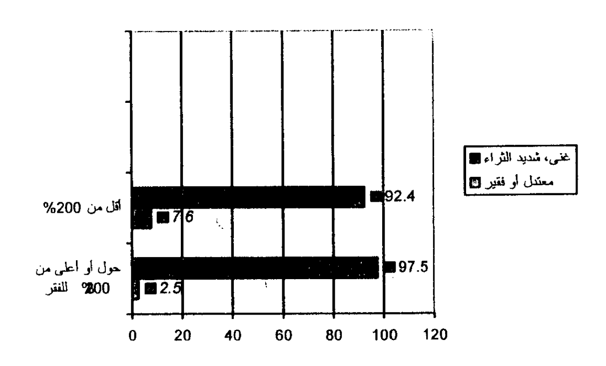
إن الحالة الصحية للأطفال شأنها شأن حالة الكبار تتأثر بعديد من العوامل إضافة إلى الرعاية الصحية ومنها العوامل الاقتصادية-الاجتماعية والبيولوجية والوراثية والبيئية والثقافية الاجتماعية([67])، فهذه العوامل مجتمعة يمكن أن تحمي الأطفال أو تسهم في مرضهم وحالتهم الصحية السيئة.

إن الدور الرئيسي للرعاية الصحية (وتوسيعاً التأمين الصحي كوسيلة للحصـــول علـــى الرعاية المطلوبة) في التأثير على الحالة الصحية للأطفال يتمثل في منع أو الحد من المشكلات الصحية، فالرعاية الصحية تُعلم الأسر حول الوقاية من الأمراض ومراقبـــة والتعـــرف علـــى المشكلات منذ البداية إلى جانب العلاج، ورغم الأهمية الكبيرة للرعاية الصحية والتأمين الصحي إلا أنهما لا يؤثران على الحالة الصحية للطفل بنفس قوة تأثير المكانة الاقتصادية-الاجتماعية.

إن بيانات المسح القومي للأسر الأمريكية تؤكد العلاقة بين دخل الوالـــدين وتعليمهمـــا وصحة الأطفال([68])، في عام 1999 كان أطفال الأسر منخفضة الدخل (التي يقل دخلهـــا عـــن 200% من مستوى الفقر الفيدرالي) والأطفال الذين يقل تعليم والديهم عن مســـتوى المدرســـة الثانوية كانت حالتهم الصحية أسوأ مقارنة بغيرهم. (أنظر شكل 16،15).

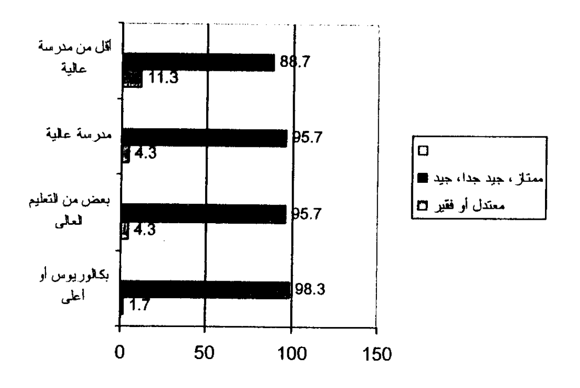
شكل (15)

أطفال الأسر منخفضة الدخل



شكل (16)

أطفال الأسر وفق للحالة التعليمية للوالدين



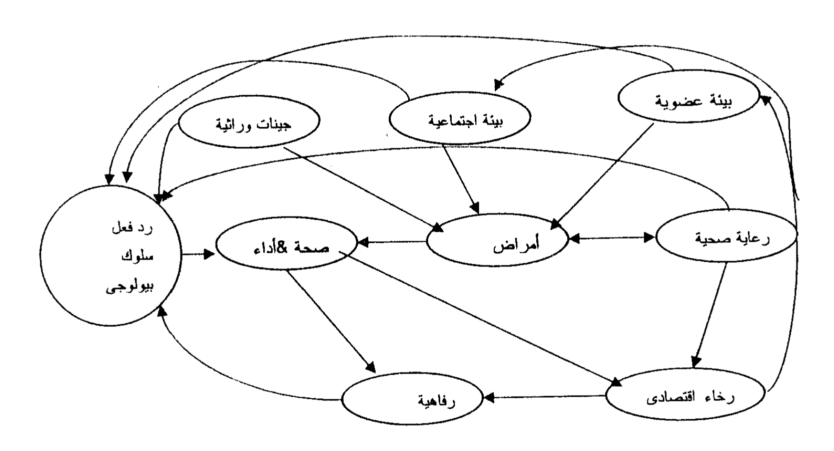
المصدر: Urban Institute,National Survey of America 's Families.

ومن الجدولين السابقين يتضح أن معدلات وفيات الأطفال منخفضي الدخل (حتى ذوي نفس الحالة الصحية والمشكلات) أعلى من أقرانهم([69]) وكذلك معدلات العجز أو الإعاقة بينهم أعلى . ويزداد احتمال تعرضهم لأمراض متعددة([70]) . وعلاوة على ذلك فعندما يعاني الأطفال منخفضي الدخل من مشكلات صحية فإنهم يقاسون بشدة عن غيرهم([71]). كما أن أطفال الوالدين ذوي المستوى التعليمي المنخفض والمهن منخفضة الدخل يميلون أيضاً إلى أن تكون صحتهم أسوأ من أقرانهم المتميزين اقتصاديا([72]). وبالمثل سجلت دراسات كثيرة تباينات وتفاوتات عرقية وإثنية في الرعاية الصحية والصحة([73]). وحتى عند تثبيت مستوى الدخل والتغطية التأمينية نجد أن أطفال الأقليات العرقية والإثنية أسوأ من الأطفال البيض فيما يتعلق بمؤشرات إتاحة الرعاية مثل توفر مصدر رعاية معتاد وعدد زيارات الطبيب وعدد الاحتياجات الصحية غير الملباه([74])

إن السياسات التي تعزز الإتاحة المتزايدة للرعاية الصحية للأطفال منخفضي الدخل وأطفال الأقليات تعالج فقط مجموعة واحدة من العوامل المعقدة التي تؤثر على صحة وصالح الطفل. فالعوامل الوراثية الجينية والبيئية والسلوكية تلعب أيضاً دوراً هاماً. إن نماذج النظم الصحية التي تعكس هذه العوامل الأخرى بدأت في الظهور في السبعينات([75]). وتشير أحد التحليلات التي يكثر الاستشهاد بها لهذه النماذج والتى نشرت عام 1990 يبني إطاراً شاملاً واضعاً الرعاية الصحية في سياق كل هذه العوامل الأخرى (شكل 3). وكما يلاحظ في هذا

التحليل أيضا أنه على الرغم من تنوع الإسهام النسبي لهذه العوامل الكثيرة وفقاً للحالة الصحية والفرد إلا أنها جميعاً تعمل مجتمعة في تحديد الحالة الصحية.

شكل (17) العوامل المؤثرة على الصحة والرفاهية



المصـــدر: Evans R.G. Stoddard, G.L. Producing health, consuming health care. Social science medicine (1990

ولتوضيح هذه العوامل المتداخلة الكثيرة التي تؤثر على الصحة قامــت وزارة الصـــحة والخدمات الإنسانية الأمريكية في سبتمبر 1990 بمبادرة شاملة لتحسين صحة الأمريكيين تحمل اسم "الناس الأصحاء عام 2000"([76]). جاء من بين أهدافها تحسين النشـــاط واللياقـــة البدنيـــة والتغذية والصحة البيئية وفقا لاتفاقية آلما آتا وكذلك نوعية خدمات الرعاية الصحية. وفي يناير 2000 تم إعلان الجيل الثاني من هذه المبادرة "الناس الأصحاء 2010" لتواصل تحقيـــق هـــذه الأهداف مفصلة هدفين رئيسيين: زيادة نوعية وسنوات الحياة الصحية والقضاء على التفاوتـــات الصحية([77]) وقد اعترفت هاتين المبادرتين الشاملتين بأن الرعاية الصحية على أهميتها لا تكفي لتحسين صحة ورفاهية السكان.

دور التأمين الصحي:

إن التأمين الصحي يمثل رابطاً حيوياً بالخدمات الصحية في هذا البلد لكنه يعاني من عوائق يجب الاعتراف بها وفهمها. الأمر الذى يتحدد فى مجالات ثلاث هى: توفير إتاحة الرعاية الصحية، تقليل الضغط والقلق لدى الوالدين، تحسين الحالة الصحية للأطفال.

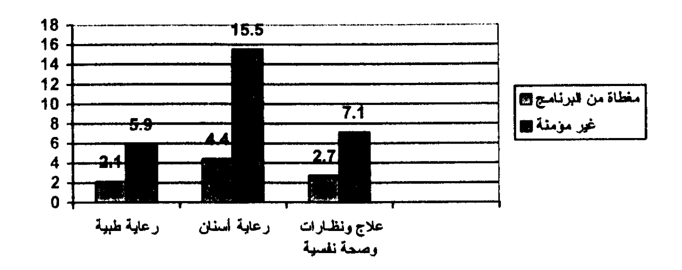
توفير إتاحة الرعاية الصحية:

إن الموقف التأميني للأطفال يساعد في التنبؤ بما إذا كان الأطفال يتلقون الرعاية الصحية المطلوبة أم لا ويقدم وسيلة هامة للتعرف والتعامل مع مشاكلهم الصحية مبكراً. والذى أكدت عليه الدراسات جميعها أن الأطفال الذين يغطيهم التأمين أن تتاح لهم الرعاية بشكل أفضل من أقرانهم غير المؤمن عليهم سواء تم قياس ذلك بعدد زيارات الطبيب أو زيارات الطبيب لمكان الطفل (المدرسة) أو زيارات المستشفى وسواء دخل الطفل نظام الرعاية الصحية عن طريق استخدام الخدمات الصحية أو سواء كان للطفل مصدر رعاية صحية منتظم.

فمثلاً توضح الدراسات أن القيد ببرامج Medicaid وSCHIP تمثل دليلاً قوياً على الاستفادة من الرعاية الصحية([78]). أوضحت إحدى الدراسات أن الأطفال الفقراء المؤمن عليهم في Medicaid مقارنة بأقرانهم الفقراء غير المؤمن عليهم أتيحت لهم الرعاية الصحية في جوانب كثيرة منها وجود مصدر رعاية منتظم (95.6% في مقابل 73%) واستخدام الخدمات الطبية مثل زيارة أو أكثر للطبيب في العام الماضي (83.9% في مقابل 60.7%)([79]). وهو ما أكدته دراسة أخرى من أن الأطفال غير المقيدين ببرنامج Medicaid كانوا أقل من المقيدين به بمقدار 8.8 نقطة في توفر مصدر منتظم للرعاية الصحية([80]). كما أن الأطفال المقيدين بهذا البرنامج يستخدمون خدمات وقائية أكثر من الأطفال غير المؤمن عليهم وكذلك يقل احتمال وجود احتياجات للرعاية غير ملباة لديهم (شكل 18). ورغم أنه ليس هناك إجماع بين كل الدراسات (مرجع 32-35) إلا أن إحدى الدراسات وجدت أن عام كامل من تغطية Medicaid صاحبه زيادة في فرص زيارات الطفل الصحي بمقدار 17%([81]).

شكل (18)

الخدمات المقدمة للأطفال الفقراء التابعين لبرنامج Mediciad فى مقابل الأطفال غير المؤمن عليهم



المصـــدر: Newacheck., Peart, M. and Hughes, D.C. The role of Mediciad in ensuring children's access to care

تقليل قلق الوالدين:

عندما يتاح للوالدين التأمين الصحي على أطفالهم فإن ذلك لا يتيح الرعاية فقط بل يقلل أيضاً قلق الوالدين سواء المالي أو غير المالي. فمثلاً وجدت دراسة أن قلق الوالدين حول صحة أبنائهم انخفض بعد التأمين عليهم([82]). وجاء في دراسة أخرى للأطفال المقيدين حديثاً بالتـــأمين أن 73.5% من الآباء إن القلق والخوف والضغوط كانت تستبد بهم عندما كان أبنـــائهم غيـــر خاضعين لنظام التأمين([83])، وذكر أكثر من ثلث الوالدين (36.2%) أن عدم التأمين على الأبناء يخلق مشكلات مالية للأسر. وفي دراسة حديثة أخرى لخبرات الأطفال المؤمن علّيهم في برنامج SCHIP في سبع ولايات وجُد أن غالبية الوالدين (83% يعتبرون هذه البرامج "ممتازة" أو "جيدة للغاية"([84]) . ولذلك فإن مد التأمين للأطفال غير المؤمن عليهم يفيد في تخفيف القلق والضغوط لدى الوالدين نتيجة لأنه يقدم الخدمات المطلوبة بأسعار يمكن تحملها. هذه التغطيـــة ضـــرورية بشكل خاص لوالدي 15-18% من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة للرعاية الصحية.

تحسين الحالة الصحية:

إن مدى إسهام برنامجي Medicaid وSCHIP والتوسعات فيهما فـــي تحســـين الحالـــة الصحية للأطفال منخفضي الدخل لم يتم تقييمه من خلال دراسات امبريقيـــة، بالإضـــافة إلـــى تعارض البيانات وعدم شموليتها، فدراسة تأثير هذه البرامج على الصحة يمكن أن يتم من خلال مقارنة إحصاءات السكان قبل وبعد التوسعات في البرنامجين، فمثل هذه المقارنـــات يمكـــن أن تكشف عن أدلة عن تحسن الحالة الصحية ولكنها أدلة قليلة.

فمثلاً وجدت دراسة بحثت الحالة الصحية للأطفال الفقراء من 1-12 سنة وقارنت بين الأطفال البيض والسود والأسبان بين عامي 1989 و1995 وهي الفترة التي استوعبت 7 ملايين طفل فقير إضافيين في برنامج Medicaid وجدت أن الحالة الصحية للأطفال كما يرى الوالدين لم تتغير في اتجاه التحسن([85]). في حين وجد مسح قومي عبارة عن مقابلات صحية على المستوى القومي أن التوسع في برنامج Medicaid أدى إلى تقليل معدلات وفيات الأطفال ولكن ليس له تأثير أو تأثير سلبي على تقييم الأمهات للحالة الصحية للأبناء([86]).

وفي دراسة أخرى تم فحص الحجز بالمستشفيات بين الأطفال 2-6 سنوات في الأحياء الفقيرة مقارنة بالأحياء غير الفقيرة قبل وبعد التوسعات الكبيرة في برنامج المعونة الصحية بين عامي 1988 و1992، وركزت على الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلى الرعاية الصحية التي يمكن الحيلولة دونها أو الحد منها عن طريق الرعاية الصحية الأولية مثل الربو والزموهة dehydration. وجدت هذه الدراسة أن التوسعات في البرنامج كان لها أثر إيجابي على الأطفال الصغار الفقراء([87]).

<u>تفسير الارتباط الضعيف بين التأمين الصحي والحالة الصحية:</u>

رغم الاستثمارات الضخمة وطويلة المدى في التأمين الصحي العام مازالت الحالة الصحية (الموقف الصحي) للأطفال منخفضي الدخل متخلف عن نظيره للأطفال الموسرين. إن صعوبات قياس الموقف الصحي تسهم ولاشك في غياب الأدلة على تحسن الصحة. وبعيداً عن إتاحة التأمين هناك عوائق كثيرة تحول دون تحسن الموقف الصحي للأطفال منخفضي الدخل وهي:

1- **صعوبات قياس التغيرات في الحالة الصحية للأطفال:** حيث أن الأطفال لا يعانون من عدد كبير من المشاكل الصحية مثل الكبار فإن من الصعب الوقوف على الفروق في الحالة الصحية للطفل، ومما يزيد الموقف تعقيداً عدم وجود طرق جيدة لقياس الحالة الصحية للأطفال، فالحالة الصحية للأطفال تقاس عن طريق مسوح وتقارير الوالدين أو الفحوص المادية للطفل أو مراجعة قواعد البيانات مثل الإحصاءات الهامة، لكن لكل من هذه الطرق عيوب ومزايا وجميعها لا يكشف بصدق ودقة عن التحسن في الحالة الصحية للأطفال.
2- **انخفاض القيد بين الأطفال المستحقين:** من العوامل الأساسية التي تسهم في التقدم البطيء في تحسن الحالة الصحية للأطفال (الموقف الصحي) هو انخفاض القيد بالبرامج العامة فرغم إتاحة Medicaid وSCHIP فليس كل الأطفال المستحقين مقيدين، بل إن نسبة كبيرة منهم

غير مسجلين بأي من البرنامجين. فمثلاً ثلاثة أرباع الأطفال غير المؤمن عليهم أو يزيد يستحقون التغطية العامة([88])، وهناك أسباب كثيرة تجعل الوالدين يحجمان عن قيد أطفالهم منها ما ناقشه Cohen Ross و Hill في هذا العدد مثل عمليات التطبيق المرهقة وعدم الوضوح حول تحديد المستحقين للاستفادة من البرامج([89]).

3- **عدم القدرة على التخفيف من تأثير المكانة الاقتصادية الاجتماعية:** من الأسباب التي تجعل التوسعات في التأمين الصحي غير ذات بال في التأثير على الحالة الصحية للأطفال منخفضي الدخل أن الأسر منخفضة الدخل تمر بمخاطر صحية كثيرة غير غياب التأمين الصحي، إن الفقر يرتبط بقوة بمخاطر عديدة على الصحة منها عدم إتاحة الرعاية الصحية اللازمة وسوء التغذية والإسكان غير الملائم وزيادة التعرض للتهديدات البيئية([90]). وبين البالغين ترتبط المكانة الاقتصادية الاجتماعية كذلك بالسلوكيات الفردية الخطرة مثل التدخين وأكل الوجبات المليئة بالدهون وقلة التمارين وسوء استخدام المواد وهي سلوكيات تؤثر سلباً على الصحة([91])، إن الأطفال لا يشتركون عادة في مثل هذه الممارسات لكنهم يتأثرون بممارسات والديهم([92]).

4- **عوائق عدم التأمين:** إن والدي الأطفال وأولياء أمورهم يواجهون عدداً من العوائق التي تحول دون تمتعهم بالرعاية الصحية، عوائق لا يمكن للتأمين الصحي المجاني أو منخفض التكاليف أن يعالجها ومنها عوامل شخصية وأسرية وعوامل بنائية ترتبط بنظام التأمين الصحي([93]).

أ- **العوائق الشخصية والأسرية للرعاية:** منها معرفة الوالدين بأهمية الخدمات الصحية واتجاهاتهم ومعتقداتهم الثقافية وزيادة الأعباء والمطالب المنوطة بهم، وهذه العوامل توجد بين كل السكان([94]). فمعرفة الوالدين واتجاهاتهم ومعتقداتهم حول الصحة يمكن مثلاً أن يؤثر على آرائهم حول ما هو مقبول فيما يتعلق بصحة ومرض الطفل وإذا ما كانوا يسعون أم لا لطلب الرعاية الصحية لأطفالهم([95]).

ب- **العوائق البنائية للرعاية:** يمكن كذلك للمنظمات التي تقدم الخدمات الصحية أن تؤثر على قدرة الوالدين على الحصول على الرعاية حتى عندما يكون الطفل مؤمن عليه، ومن هذه العوائق البنائية قرب أو بعد مقدمي الخدمة ومواعيد عملهم ومقدار وقت الانتظار لدى الأطباء([96]).

5- صعوبات الحصول على الرعاية الملائمة: حتى عندما تكون الرعاية الصحية متاحة للأطفال فإن هذه الرعاية قد لا تكون ملائمة، لقد ثبت أن التأمين الصحي يحسن إتاحة

الرعاية الصحية وإتاحة مصدر منتظم للرعاية ولكنه لا يتيح بالضرورة مصدر منتظم للرعاية الأولية([97]). مع أن إتاحة الرعاية يكون أكثر عائداً عندما يتضمن الرعاية الصحية الأولية([98]).

إن الرعاية الأولية هي نقطة الدخول إلى نظام الرعاية الصحية وتسهل الرعاية المستمرة لمعظم المشكلات الصحية([99]). ومن الفوائد الرئيسية للرعاية الأولية إرساء علاقة طويلة المدى بمقدم خدمة معينة وهو يؤدي إلى انضباط المواعيد وتحقيق أفضل لأهداف الرعاية الوقائية وخفض عدد مرات الحجز بالمستشفى إلى جانب خفض التكاليف، ومن مزايا الرعاية الأولية الأخرى قدرة المرضى على الحصول على الرعاية الصحية متى أرادوها.

الخلاصة

في العقود الأخيرة اتخذت خطوات واسعة لمد التأمين الصحي للأطفال منخفضي الدخل، وقد سعى السياسيين والأطباء وأنصار التأمين الصحي من أجل مد التغطية بهدف زيادة إتاحة الرعاية الصحية للأطفال منخفضي الدخل وتحسين حالتهم الصحية وهو الهدف النهائي، ومن الواضح أن التأمين الصحي يمكن أن يقدم وسيلة للحصول على الرعاية الصحية المطلوبة ويطمئن الوالدين فالتأمين متاح لمساعدتهم في تغطية تكاليف الرعاية الصحية، إلا أنه لا يمكن أن يقلل التفاوتات الصحية بين الأطفال منخفضي ومرتفعي الدخل بمفرده، فإتاحة الرعاية الصحية ليست سوى عامل واحد من عوامل كثيرة تقف خلف التفاوت في الحالة الصحية بين الأطفال الموسرين ومنخفضي الدخل.

ولذلك فبالإضافة إلى توسيع التغطية التأمينية الصحية هناك خطوات أخرى ضرورية منها الحاجة إلى طرق صادقة وموثوقة لقياس الحالة الصحية للأطفال لاستخدامها في دراسات العلاقة بين إتاحة الرعاية والحالة الصحية، كذلك يجب معالجة العوائق غير المالية التي يمكن للسياسة أن تتعامل معها ومنها العوائق اللغوية بين المريض والطبيب ومكان ومواعيد عمل مقدم الخدمة غير الملائمة، كما يجب الاهتمام بتوفير الرعاية الأولية من خلال التمويل الجيد والتدريب الطبي الجيد.

إن معالجة الفجوة الاقتصادية الاجتماعية في صحة الأطفال سوف تتطلب معالجة أشكال عدم المساواة التي تقسم الأمريكيين، وإلا ستظل الفروق في الموارد المالية تنتج فروق في التغذية والإسكان، وإلى جانب ذلك الفروق في الفرص التعليمية وفرص العمل.

مراجع الفصل الثالث:

[1])Hoffman,C.,and Pohl,M.*Health insurance coverage in America:2000 data update.* Washington,DC:Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured,February 2002

[2]) See the article on uninsurance trends by Holahan,Dubay,and Kenney in this journal issue

[3]) See,for example,Berk,M.L.,and Schur,C.L.Access to care: How much difference does Medicaid make?*Health Affairs* (May/June 1998)17(3):169 –80;Davidoff,A.J.,Garrett,A.B.,

[4]) In addition,the Kerr-Mills Act (part of the Social Security Amendments of 1960)further broadened federal support for medical coverage by providing open-ended financing to states for a specified set of medical services for the medically indigent aged. This coverage did not extend to children,who still largely relied on charity medical care from public hospitals and clinics.

[5]) Social Security Administration.*Social security online:History page.* 2002.Available online at http://www.ssa.gov/history/history.html.

[6]) .Health Resources and Services Administration,Maternal and Child Health Bureau.*Understanding Title V of the Social Security Act.* Available online at ftp://ftp.hrsa.gov/mchb/titlevtoday/ UnderstandingTitleV.pdf.

[7]) Modeled on and replacing the Kerr-Mills assistance program for the aged.

[8]) Schneider,A.,Elias,R.,Garfield,R.,et al.*The Medicaid resource book.* Washington,DC:Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured,July 2002.

[9])See the article on uninsurance trends by Holahan, Dubay, and Kenney in this journal issue.

[10])See, for example, Berk, M.L., and Schur, C.L. Access to care:How much difference does Medicaid make? *Health Affairs*(May/June 1998) 17(3):169–80; Davidoff, A.J., Garrett, A.B.,Makuc, D.M., and Schirmer, M. Medicaid eligible children who don't enroll: Health status, access to care, and implications forMedicaid enrollment. *Inquiry* (Summer 2000) 37:203–18;Dubay, L., and Kenney, G.M. Health care access and use among low-income children: Who fares best? *Health Affairs* January/February 2001) 20(1):112–21; Keane, C.R., Lave, J.R., Ricci, E.M., et al. The impact of a children's health insurance program by age. *Pediatrics* (November 1999) 104(5):1051–58; Lykens, K., and Jargowsky, P. Medicaid matters: Children's health and Medicaid eligiblity expansions. *Journal of Public Policy Analysis and Management* (2002) 21(2): 219–38; Moreno, L., and Hoag, S.D. Covering the uninsured through Tenncare: Does it make a difference? *Health Affairs* (January/February 2001) 20(1):231–23; Newacheck, P.W., Stoddard, J.J., Hughes, D.C.,and Pearl, M. Health insurance and access to primary care for children. *New England Journal of Medicine* (February 1998) 338(8):513–19.

[11]) In Addition, the kerr-Mills Act (part of the social security Amendments of 1960) further broadened federal supportfor medical coverage by providing open-ended

financing to state for a specified set of medical services for the medically indigent aged. This coverage did not extend to children, who still largely relied on charity medical care from public hospitals and clinics

[12])Health Resources and Services Administration, Maternal and Child Health Bureau. *Understanding Title V of the Social Security Act.*Available online at ftp://ftp.hrsa.gov/mchb/titlevtoday/ UnderstandingTitleV.pdf.

[13])Modeled on and replacing the kerr-Mlls assistance program for the age

[14])Schnider, A, Elias, R., et al. *The Medicaid resource book.* Washington, DC: Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, July 2002

[15]) See the earlier journal issue on welfare to work, *The Future of Children* (Spring 1997) 7(1).

[16]) The other key provision related to expanding access to services was the "freedom of choice" provision, which allowed beneficiaries to obtain covered services from any qualified provider who accepted Medicaid payment. This provision was intended to broaden access to providers by prohibiting states from requiring beneficiaries to see only certain providers and by assuring that beneficiaries could see different providers if theirs did not provide the services they needed (for example, family planning).

[17]) The other key provision related to expanding access to services was the "freedom of choice" provision, which allowed beneficiaries to obtain covered services from any qualified provider who accepted Medicaid payment. This provision was intended to broaden access to providers by prohibiting states from requiring beneficiaries to see only certain providers and by assuring that beneficiaries could see different providers if theirs did not provide the services they needed (for example, family planning .

[18]) In 1989, the EPSDT provision was further amended to require states to provide treatment services for problems discovered during EPSDT screenings, as long as the treatment involved services that could be covered under federal Medicaid rules.

[19]) Thirty-seven states had adopted the program two years after nactment.Congressional Research Service for the Subcommittee on Health and the Environment. *U.S. House of Representatives Medicaid source book: Background data and analysis (1993 update).* Washington, DC: Congressional Research Services for theS ubcommittee on Health and the Environment. By 1974, all states except Arizona had implemented Medicaid to cover families receiving AFDC. Rowland, D., Salganic off, A., and Keenan, P.S. The key to the door: Medicaid's role in improving health care for women and children. *Annual Review of Public Health* (1999) 20:403–26

[20]) Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured calculations based on data reported in Committee on Ways and Means, U.S. House of Representatives. *1998 green book.* Washington, DC: .S. Government Printing Office. May 19, 1998. . See the earlier journal issue on U.S. health care for children, *The Future of Children* (Winter 1992) (2).

[21] See the earlier journal issue on U.S. health care for children, *The Future of Children* (Winter 1992) (2).

[22]) . See note 8, Schneider, et al

[23]) Centers for Medicare and Medicaid Services, State Children's Health Insurance Program Plan Activity Map. Accessed at http:/cms.hhs.gov/schip/chip-map.asp. Many states using a combination approach used the Medicaid expansion component of their programs to extend Medicaid coverage to adolescents below the FPL who were not yet eligible for Medicaid under the 1990 phase-in requirement.

[24]) Cohen Ross, D., and Cox, L. *Enrolling children and families in health coverage: The promise of doing more.* Washington, DC: Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, June 2002.
[25]) See the article by Wysen, Pernice, and Riley in this journal issue.
[26]) See the article by Hughes and Ng in this journal issue for a discussion of the factors in addition to health insurance that contribute to improved health outcomes.
[27]) See note 1, Hoffman and Pohl.
[28]) Kaiser Family Foundation and Health Research and EducationalTrust. *Employer health benefits: 2001 annual survey.* Menlo Park, CA: KFF, and Chicago, IL: HRET, 2001.
[29]) SCHIP waivers allow states to use SCHIP funds for purposes that would not otherwise be allowed, as long as the secretary of health and human services determines that the policies would "promote the objectives" of SCHIP. (Social Security Act, Title XI, § 1115). As of August 2002, six states—Arizona, California, Minnesota, New ersey, Rhode Island, and Wisconsin—had waivers to use SCHIP funds to cover parents, but coverage expansions have not been implemented in all these states. Arizona's waiver also allows SCHIP funds to be used to cover childless adults with incomes under the FPL. See Howell, E., Almeida, R., Dubay, L., and Kenney, G. *Early experience with covering uninsured parents under SCHIP.* Washington, DC: Urban Institute, May 31, 2002.
[30]) Wachino, V. State budgets under stress: How are states planning to reduce the growth in Medicaid costs? Washington, DC: Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, July 2002.
[31]) Unpublished analysis of March 2001 Current Population Survey.Washington, DC: Urban Institute and Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, 2002.
[32]) Waivers are allowed under Medicaid under various provisions in the law. The broadest waiver authority is under Section 1115 of the Social Security Act. See Mann, C. *The new Medicaid and CHIP waiver initiatives.* Washington, DC: Kaiser ommission on Medicaid and the Uninsured, February 2002; Lambrew, J. *Section 1115 waivers in Medicaid and the State Children's Health Insurance Program: An overview.* Washington, DC: Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, July 2001

[34])See note 44, Wachino; Boyd, D. The future of state fiscal conditions: Fiscal boom, fiscal bust, then what? *Spectrum: The Journal of State Government* (Spring 2002) 75(2):5–8.
[35]) For example, as of August 2002, Rhode Island's premium for children with family incomes between 150% and 250% of the FPL was $61 to $92 per family per month. Cranston, RI: Rhode Island Department of Human Services. *Fact sheet on RIte Care and RIte Share family premiums.* June 2002. In 2002, Washington starting charging premiums for families in transitional Medicaid (primarily families that recently had received TANF cash assistance, then left TANF due to employment) if their incomes were above the FPL. The premiums are set at 3% of gross income less child care expenses. State of Washington. *Amended Medicaid and SCHIP reform waiver application.* July 22, 2002.
[36]) Ku, L., and Coughlin, T. Sliding-scale premium health insurance programs: Four states' experiences *Inquiry* (Winter 1999/2000) 36:471–80

[37]) . Dubay, L., Haley, J., and Kenney, G. *Children's eligibility for Medicaid and SCHIP: A view from 2000.* Washington, DC: Urban Institute, March 2002.

[38]) Ku, L., and Coughlin, T. Sliding-scale premium health insurance programs: Four states' experiences *Inquiry* (Winter 1999/2000) 36:471–80

[39]) The article by Cohen Ross and Hill in this journal issue reviews some of the specific retention strategies states are implementing

[40]) Davidoff, A., Garett, G., and Yemane, A. Loss of Medicaid coverage associated with welfare reform and effects on health care access and use. Paper presented at the annual meeting of the Academy for Health Services Research and Health Policy. June 2001. See also Garrett, B., and Hudman, J. *Women who left welfare: Health care coverage, access, and use of health services.* Washington, Davidoff, A., Garett, G., and Yemane, A. Loss of Medicaid coverage Davidoff, A., Garett, G., and Yemane, A. Loss of Medicaid coverage associated with welfare reform and effects on health care access and use. Paper presented at the annual meeting of the Academy for Health Services Research and Health Policy. June 2001. See also Garrett, B., and Hudman, J. *Women who left welfare: Health care coverage, access, and use of health services.* Washington, DC: Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, June 2002; Acs, G., and Loprest, P. *Final synthesis report of findings from ASPE "leavers" grants.* Washington, DC: Urban Institute, November 2001; *The importance of transitional benefits: Who loses Medicaid and food stamps, and what does it mean for staying off welfare?*

[41]) See Centers for Medicare and Medicaid Services. *Welfare reform and Medicaid.* 2002. Available online at http://www.cms.hhs.gov/medicaid/welfareref/default.asp.

58. Between June 2000 and June 2001, among the 44 states for which data were available, enrollment in regular (non-SCHIP) Medicaid for children, families, and pregnant women grew by 10.6% but ranged from a decline of 6.7% (New Hampshire) to an increase of 32.4% (Mississippi).

[42])Fox, H., McManus, M., and Limb, L. Access to care for *S-CHIP children with special health needs.* Washington, DC: Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, December 2000; Fox, H., McManus, M., and Limb, L. *Access to care for S-CHIP adolescents.*Washington, DC: Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, December 2000; Hill, I., Lutzky, A., and Schwalberg, R. *Are we responding to their needs? States' early experiences serving children with special health care needs under SCHIP.* Washington, : Urban Institute, May 2001.

[43]) IBID

[44]) Newacheck, P., Marchi, K., McManus, M., et al. *New estimates of children with special health care needs and implications for the State Children's Health Insurance Program.* Washington, DC: Maternal and Child Health Policy Research Center. March 1998.

[45]) Newhouse, J. *Free for all.* Harvard University Press, 1996; Stuart, B., and Zacker, C. Who bears the burden of Medicaid drug copayment policies? *Health Affairs* March/April 1999) 18(2):201–12; Tamblyn, R., et al. Adverse events associated with prescription drug cost sharing among poor and elderly persons. *Journal of the American Medical Association* (2001) 285(4):421–29.

[46]) . American Academy of Pediatrics. *Pediatrician participation in Medicaid and SCHIP: Results of a survey.* Chicago, IL: AAP.October 2000. See also note 67, General Accounting Office.

[47]) Department of Health and Human Services, Health Care Financing

Administration. Letter to state Medicaid directors. January 18, 2001. Available online at http://cms.hhs.gov/states/ letters/smd118a1.pdf.

[48]) See note 44

[49]) Powell, J.H. CVS bows out of Medicaid service. *Boston Herald.* July 30, 2002, p. 5.

[50])See the article by Holahan and Colleagues in this journal issue.

[51])Kenney,G.,Haley,J.,and Blumberg,S.Awareness and percep tions of Medicaid and CHIP among low-income families with uninsured children:Findings from early 2001.Washington,DC: Urban Institute. Under review.

[52])Newacheck,P.,Hughes,D.,and Cisternas,M.Children and health insurance:An overview of recent trends.*Health Affairs* (1995)14(1):244 –54.

[53])Morse,A.*SCHIP and access for children in immigrant families* Washington,DC:National Conference of State Legislatures,2000

[54])See note 83,Morse.

85.See,for example,Zimmermann,W.,and Fix,M.Declining immigrant applications for Medi-Cal and welfare benefits in Los Angeles County.Washington,DC:Urban Institute,July 1998.

[55])ibid.

[56])See the article by Lessard and Ku in this journal issue,Figure 3,
for an illustration of this decline

[57])Bauer,T.,Collins,S.,Doyle,J.,et al.*Challenges associated with applying for health Insurance among Latina mothers in California,Florida and New York.*San Fauer,T.,Collins,S.,Doyle,J.,et al.*Challenges associated with applying for health insurance among Latina mothers in California, Florida and New York.*San Francisco:University of California, San Francisco,2002rancisco:University of California, San Francisco,2002

[58])Ku,L.,and Kessler,B.*The number and cost of immigrants onMedicaid:National and state estimates.*Report to the Office of the Assistant Secretary for Planning and evaluation,Department National Health Policy Forum Issue Brief No.781.Washington, DC:George Washington University,August 2002.

[59])Lambrew,J.M.*Health insurance:A family affair,national profile and state-by-state analysis of uninsured parents and their children.*
Commonwealth Fund,May 2001,p.v.

[60])Ku,L.,and Broaddus,M.*The importance of family-based insurance expansions:New research findings about state health reforms.*
Washington,DC:Center on Budget and Policy Priorities,2000.

[61])Dubay,L.,and Kenney,G.Expanding public health insurance to parents:Effects on children 's coverage under Medicaid.Washington,DC:Urban Institute.Forthcoming

[62])Leddy,P.*Premium assistance:Opportunities and challenges:Implementing Rhode Island 's RIteshare program.*Paper presented at the 15th Annual State Health Policy Conference of the National Academy for State Health Policy,Philadelphia,PA.

[63])August 5,2002.

97.See note 93,Lambrew,p.1.

98.Institute of Medicine.*A shared destiny:Community effects of uninsurance.*Washington,DC:National Academies Press,2003.

[64]) Hoffman, C., and Pohl, M. Health insurance coverage in America:2000data update. Washington, DC: Kaiser Commission on Medicial and the Uninsured, Febraury 2002
[65]) Starfield, B. Child health care and social factors: Poverty, class, race. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* (1989) 65(3):299–306.
[66])Syme, S.L., and Berkman, L.F. Social class, susceptibility and sickness. *American Journal of Epidemiology* (1976) 104(1):1–8.
[67])Starfield, B. Social, economic, and medical care determinants of children's health. In *Health care for children: What's right, what's wrong, what's next.* R. Stein, ed. New York: United Hospital Fund, 1997.
[68])For example, Kaiser Permanente in California created the Child Health Plan, a subsidized product for selected low-income, uninsured children who are not eligible for Medicaid or SCHIP. See http://www.kff.org/content/2001/3037.
[69])Starfield, B., and Budetti, P.P. Child health status and risk factors. *Health Services Research* (1985) 19(6, Pt 2):817–86..
[70])Urban Institute. Unpublished data. January 2002.
[71])Wise, P.H., Kotelchuck, M., Wilson, M.L., and Mills, M. Racial and socioeconomic disparities in childhood mortality in Boston. New England Journal of Medicine (1985) 313(6):360–406.
[72])See note 3, Starfield
[73]) Newacheck, P.W. Poverty and childhood chronic illness. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* (1994) 148(11):1143–49.
Newacheck, P.W., and Starfield, B. Morbidity and use of ambulatory care services among poor and nonpoor children. *American Journal of Public Health* (1988) 78(8):927–33.
[74]) Newacheck, P.W., and Starfield, B. Morbidity and use of ambulatory care services among poor and nonpoor children. *American* Journal of Public Health (1988) 78(8):927–33.
[75]) Newacheck, P., Jameson, W.J., and Halfon, N. Health status and income: The impact of poverty on child health. *Journal of School Health* (1994) L64(6):229–33.
[76]) Adler, N.E., Boyce, W.T., Chesney, M.A., et al. Socioeconomic Volume 13, Number 1
[77]) Haan, M.N., Kaplan, G.A., and Syme, S.L. Socioeconomic status and health: Old observations and new thoughts. In *Pathways to health.* Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation, 1987.
[78]) Susser, M., Watson, W., and Hopper, K. Social class and disorders in health. In *Sociology in medicine.* New York: Oxford University Press, 1985
[79]). See, for example, Lieu, T.A., Newacheck, P.W., and McManus, M.A. Race, ethnicity, and access to ambulatory care among U.S. adolescents. *American Journal of Public Health* (1993)

83(7):960–65; Newacheck, P.W., Hughes, D.C., and Stoddard, J. Children's access to primary care: Differences by race, income, and insurance status. *Pediatrics* (1996) 97(1):26–32; Cornelius, L.J. Barriers to medical care for white, black, and Hispanic American children. *Journal of the National Medical Association* (1993) 85(4):281–88; and Flores, G., Bauchner, H., Feinstein, A.R., and Nguyen, U.S. The impact of ethnicity, family income, and parental education on children's health and use of health services. American Journal of Public Health (1999) 89(7):1066–71.

[80]) Weech-Maldonado, R., Morales, L., Spritzer, K., et al. Racial and ethnic differences in parents' assessments of pediatric care in Medicaid managed care. *Health Services Research* (2001) 36(3):575–94.

[81]) Evans, R.G., and Stoddard, G.L. Producing health, consuming health care. *Social Science Medicine* (1990) 31(12):1347–63. See also note 5, Starfield and Budetti.

[82]) National Center for Health Statistics. Healthy People 2000. Hyattsville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. Available online at http://www.cdc.gov/nchs/about/otheract/hp2000/hp2000.htm. Accessed on June 10, 2002.

[83]) National Center for Health Statistics. About Healthy People 2010. Hyattsville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. Available online at http://www.cdc.gov/nchs/about/otheract/hpdata2010/abouthp.htm. Accessed on June 26, 2002.

[84]) Newacheck, P.W., Stoddard, J.J., Hughes, D.C., and Pearl, M. Health insurance and access to primary care for children. *New* England Journal of Medicine (1998) 338(88):513–19.

[85]) Newacheck, P.W., Hughes, D.C., Hung, Y.Y., et al. The unmet health needs of America's children. *Pediatrics* (2000) 105(1, Pt 3):989–97.

[86]) Dubay, L., and Kenney, G.M. Health care access and use among low-income children: Who fares best? *Health Affairs* (2001) 20(1):112–21.

[87]) See note 21, Newacheck, et al.

[88]) McCormick, M.C., Kass, B., Elixhauser, A., et al. Annual report on access to and utilization of health care for children and youth in the United States—1999. *Pediatrics* (2000) 105(1):219–30.

[89]) Kaestner, R., Joyce, T., and Racine, A. Medicaid eligibility and the incidence of ambulatory care sensitive hospitalizations for children. *Social Science & Medicine* (2001) 52(2):305–13.

[90]) It is important to note that some of these studies are unable to control for reasons for seeking health insurance programs, therebypotentially introducing bias in the findings if certain individuals who want insurance for their children are more likely to enroll precisely because they have a greater need for health services (thereby "artificially" increasing demand for care).

[91]) Holl, J.L., Szilagyi, P.G., Rodewald, L.E., et al. Evaluation of New York State's Child Health Plus: Access, utilization, quality of health care, and health status. *Pediatrics* (2000) 105(3, Suppl E):711–18.
[92]) One reason larger access effects have not been observed following recent eligibility expansions may be that some children who enrolled were either served by the safety net previously or had private coverage.
[93]) Currie, J., and Gruber, J. Health insurance eligibility, utilization of medical care and child health. *Quarterly Journal of Economics* (1996) 111(2):431–66.
[94]) Racine, A.D., Kaestner, R., Joyce, T.J., and Coleman, G.J. Differential impact of recent Medicaid expansions by race and ethnicity. *Pediatrics* (2001) 108(5):1135–42.
[95]) . Short, P.F., and Lefkowitz, D.C. Encouraging preventive services for low-income children: The effect of expanding Medicaid. *Medical Care* (1992) 30(9):766–80.
[96]) Currie, J., and Thomas, D. Medical care for children: Public insurance, private insurance and racial differences in utilization. *Journal of Human Resources* (1995) 30(1):135–63.
39. Halfon, N., Inkelas, M., and Wood, D. Nonfinancial barriers to care for children and youth. *Annual Review of Public Health* (1995) 16:447–72.
[97]) Keane, C.R., Lave, J.R., Ricci, E.M., and LaVallee, C.P. The impact of a children's health insurance program by age. *Pediatrics* (1999) 104(5, Pt 1):1051–58.
[98]) Riley, T., Pernice, C., Perry, M., and Kannel, S. *Why eligible children lose or leave SCHIP*. Portland, ME: National Academy for State Health Policy, February 2002.
[99]) Starfield, B. Effects of poverty on health status. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* (1992) 68(1):17–24.

الفصل الرابع

الدراسة الميدانية

استطلاع آراء الطلاب / أولياء الأمور / الأطباء

في نظام التأمين الصحي للطلاب

- مقدمة
- التطبيق الميداني
- النتائج وتفسيرها

الفصل الرابع

الدراسة الميدانية

استطلاع آراء الطلاب / أولياء الأمور / الأطباء

في نظام التأمين الصحي للطلاب

مقدمــــــــة

تشير إحصاءات البنك الدولي لعام 2000م إلى أن هناك ملياراً ونصف المليـــار مـــن الأفراد يعيشون في فقر مدقع في جميع أنحاء العالم، خاصة في جنوب آسيا وفـــي المنطقـــة الواقعة جنوب الصحراء الكبرى الأفريقية، حيث يحصل الفرد على أقل من دولار يومياً.

كما تشير الإحصاءات الإسقاطية إلى زيادة هذا الرقم إلى (1.9) مليار بحلـــول عـــام 2015م، إذا استمرت الأوضاع الاقتصادية الحالية، مما يستلزم مواجهة الآثـــار الاجتماعيـــة المتعددة والبعيدة المدى للفقر على الأفراد والمجتمعات، والتي تتمثل بعض آثارها في تـــدني المستوى الصحي والخدمات الصحية.

وطبقاً لتقارير منظمة الصحة العالمية (WHO) فإن الأمراض التي كان يُعتقد أنها قـــد تراجعت- والتي تتضمن الطاعون، والدفتريا، والحمى الصفراء، والسل الرئوي- بدأت فـــي الظهور مرة أخرى في عديد من البلاد. وقد تم لأول مرة تحديد أكثر من ثلاثـــين مرضـــاً لا يمكن الوقاية من كثير منها أو علاجها. وتتضح العلاقة بين الفقر والصحة أيضاً في انخفاض مستويات إنفاق الحكومات في عديد من البلدان النامية، مما يعني انخفاض الخدمات المقدمـــة للفقراء، ومن ثم فإن الفقر أكثر تحديداً من الموقع الجغرافي في إلقاء الضـــوء علـــى نوعيـــة وجود الرعاية الصحية التي يتلقاها الفرد.

وقد عزز مفهوم الرعاية الصحية حركة الإصلاح في المجال الصحي التي نادت بهـــا منظمة الصحة العالمية والتي تدعو إلى إعادة ترتيب الأولويات وتـــوفير المـــوارد والمنـــاداة بتدخلات اجتماعية أكبر لتعزيز الصحة. وقد استندت هذه الحركة علـــى التعريـــف الشـــهير للصحة الذي اقترحته منظمة الصحة العالمية، وهو أن الصحة ليست مجرد الخلو من المرض أو الإعاقة ولكنها حالة من السلامة البدنية والنفسية والاجتماعية، وهذا المفهوم يضع الصـــحة في متواصل من الصحة البدنية إلى الصحة الروحية مروراً بالصحة النفسية والاجتماعية.

ولما كان طلاب المدارس يكونون قطاعاً كبيراً هاماً من قطاعات الشعب الذي ترتبط بهم آمال الدولة في بناء جيل من أبنائها القادرين على تحمل تبعات حاضرهم ومستقبلهم. ولما كان سن الدراسة هو السن الذي ينمو فيه الأطفال ويتعرضون لتغيرات جسمانية وعقلية وعاطفية واجتماعية فإن الأمر يستدعي وجود رعاية صحية خاصة لهم تهدف إلى توفير الحياة المدرسية الصالحة من الناحية الصحية بما في ذلك المدرسة ومرافقها والمناهج الدراسية وأوجه النشاط المختلفة كما تهدف إلى وقاية الطلبة من الأمراض وإلى مكافحتها وتوفير الرعاية الطبية الكاملة للتشخيص والعلاج في حالات المرض وإلى الإسعاف في الحوادث.

وتمشيا مع الاتجاهات الحديثة فقد عملت مصر جاهدة على تغطية جميع طلاب المدارس في كافة محافظات الجمهورية بالكامل وفقاً للقانون 99 لسنة 1992.

وفي هذه الدراسة الميدانية يتم التعرف على واقع نظام التأمين الصحي للطلاب وآراء الطلاب / أولياء الأمور / الأطباء حول هذا النظام.

التطبيق الميداني

بهدف التعرف على واقع نظام التأمين الصحي للطلاب من خلال آراء الطلاب/ أولياء الأمور / الأطباء، فقد تم اختيار عينات البحث، وتصميم الأدوات البحثية اللازمة وتطبيقها وتفريغ بياناتها والتوصل إلى النتائج وتفسيرها.

عينات البحث:

1- تم اختيار عدد من المدارس الإعدادية الحكومية في أربعة محافظات وتم تطبيق الأدوات البحثية على عدد من طلاب هذه المدارس وأولياء أمورهم / طبيب المدرسة والزائرة الصحية بهذه المدارس على النحو التالي:

أ- محافظة القاهرة: عدد 7 مدارس موزعة على ثلاث إدارات تعليمية.

ب-محافظة الشرقية: عدد 4 مدارس موزعة بين مدينة الزقازيق وقرية طاروط.

جـ- محافظة القليوبية: عدد 4 مدارس موزعة بين مدينة بنها وقرية شبين القناطر.

د- محافظة الإسكندرية: عدد 8 مدارس موزعة على إدارتين تعليميتين.

وبلغ حجم عينة الطلاب في مدارس المحافظات الأربعة 587 فرداً منهم 300 طالب / 287 طالبة.

وبلغ حجم عينة أولياء الأمور في المحافظات الأربعة 344 فرداً.

وبلغ عدد أطباء المدارس 21 طبيباً.

وبلغ عدد الزائرات الصحيات 21 زائرة صحية.

2- تم اختيارعينة من الأطباء العاملين بمستشفيات الطلبة في محافظتي القاهرة والإسكندرية والأطباء العاملين بمستشفيات التأمين الصحي والذين يتعاملون مع الطلاب في محافظتي الشرقية والقليوبية، كما تم اختيار عينة من الأطباء العاملين بعيادات التأمين الصحي في المحافظات الأربعة. وقد بلغ حجم عينة الأطباء العاملين في مستشفيات التأمين الصحي 60 طبيباً، وبلغ حجم عينة الأطباء العاملين بعيادات التأمين الصحي الخاصة بالطلاب 36 طبيباً من تخصصات مختلفة.

وقد روعي عند اختيار عينات البحث أن تتضمن مستويات اقتصادية اجتماعية منخفضة وأخرى مرتفعة.

<u>أدوات الدراسة:</u>

لجمع البيانات اللازمة للإجابة عن أسئلة البحث تم إعداد الاستبيانات التالية وتطبيقها على أفراد عينات البحث بعد الإطلاع على المقاييس المشابهة التي تم استخدامها في دراسات مماثلة، كما تم عرض الأدوات في صورتها المبدئي على مجموعة من أساتذة التربية بالمركز القومي للبحوث التربوية والتنمية.

1- استبيان استطلاع آراء الطلاب حول نظام التأمين الصحي للطلاب:

اشتمل هذا الاستبيان على متغيرات: المستوى الاجتماعي الاقتصادي، نوع الطالب، المحافظة، كما اشتمل على الأبعاد التالية:

- الفحص الطبي الشامل على الطلاب.
- السجل الطبي الخاص بالطالب.
- تعامل الطالب مع طبيب المدرسة / الزائرة الصحية.
- الأمراض التي يعاني منها طلاب المرحلة الإعدادية.
- الخدمات الصحية للعيادة المدرسية.
- عقد ندوات التوعية الصحية.
- لجوء الطالب للمستشفيات / عيادات التأمين الصحي.
- مدى فائدة نظام التأمين الصحي للطلاب.

2- استبيان استطلاع آراء أولياء الأمور حول نظام التأمين الصحي للطلاب:

اشتمل هذا الاستبيان على متغيرات: المستوى الاقتصادي لأولياء الأمور، الحالة التعليمية، لأولياء الأمور، المحافظة، كما اشتمل الاستبيان على الأبعاد التالية:

- التعامل مع طبيب المدرسة / الزائرة الصحية.
- اللجوء إلى مستشفيات / عيادات التأمين الصحي.
- توفر الأدوية المطلوبة للعلاج.
- فوائد التأمين الصحي للطلاب.
- تقييم أولياء الأمور لنظام التأمين الصحي للطلاب الحالي.

3- استبيان استطلاع آراء الأطباء بعيادات ومستشفيات التأمين الصحي حول نظام التأمين الصحي للطلاب:

اشتمل هذا الاستبيان على متغيرات: المحافظة، المستوى الاقتصادي الاجتماعي للمنطقة السكنية التي تتواجد بها العيادة / المستشفي، عدد سنوات خبرة الطبيب.، كما اشتمل الاستبيان على الأبعاد التالية:

- إمكانيات المستشفيات / العيادات.
- الخدمات الصحية المقدمة للطلاب بالمستشفيات / العيادات.
- الأدوية ومدى توافرها بصيدليات التأمين الصحي.
- الأمراض التي يتعرض لها الطلاب.
- تقييم نظام التأمين الصحي للطلاب.

4- استبيان استطلاع رأي طبيب المدرسة / الزائرة الصحية حول نظام التأمين الصحي للطلاب:

اشتمل هذا الاستبيان على متغيرات: نوع المستجيب: طبيب المدرسة / الزائرة الصحية، المستوى الاقتصادي الاجتماعي لطلاب المدرسة، المحافظة، كما اشتمل الاستبيان على الأبعاد التالية:

- عدد أيام / ساعات الحضور إلى المدرسة.
- فحص الطلاب.
- السجل الطبي للطالب.
- الأمراض التي لا يغطيها التأمين الصحي.
- الخدمات الصحية التي يقدمها طبيب المدرسة / الزائرة الصحية.
- الأمراض التي تؤثر على التحصيل الدراسي الطلاب.
- أخذ رأي الطلاب / أولياء الأمور.

- صعوبات العمل في التأمين الصحي.
- تقييم نظام التأمين الصحي للطلاب.
- التدريبات الطبية.

صدق أدوات البحث:

يعتمد صدق الأدوات على صدق المحتوى الذي يعتمد على:

أ- صدق الأدوات المماثلة التي تم الإطلاع عليها.

ب- المصادر العلمية والدراسات السابقة التي تم الاستفادة منها.

جـ- مراجعة المحكمين واستجاباتهم لمدى صدق المحتوى.

ثبات الأدوات:

تم حساب الثبات باستخدام معامل الفاكرونباخ وبلغت قيمة الثبات المحسوبة لكل أداة:

1- استبيان الطلاب &= 0.75

2- استبيان أولياء الأمور &= 0.77

3- استبيان أطباء مستشفيات وعيادات التأمين الصحي α = 0.74

4- استبيان طبيب المدرسة / الزائرة الصحية α= 0.76

الأساليب الإحصائية:

للإجابة عن أسئلة البحث والتعرف على آراء عينات البحث في نظام التأمين الصحي للطلاب ومقارنة بعض الآراء في ضوء المغيرات المذكورة في الاستبيانات تم إدخال البيانات بالكمبيوتر ثم تم استخدام منظومة SPSS في تحليل ومعالجة البيانات:

1- تم حساب التكرارات والنسب المئوية لاستجابات كل فئة لكل فقرة من فقرات الاستبيان الخاص بها.

2- تمت مقارنة بعض الآراء في ضوء المتغيرات المذكورة في الاستبيانات باستخدام X^2 (كا^2).

النتائج وتفسيرها

سيتم فيما يلي عرض النتائج التي تم التوصل إليها وتفسيرها وذلك باستعراض آراء فئات العينات البحثية حول نظام التأمين الصحي للطلاب :

أولاً: آراء الطلاب حول نظام التأمين الصحي للطلاب.

ثانياً: آراء أولياء الأمور حول نظام التأمين الصحي للطلاب.

ثالثاً: آراء طبيب المدرسة / الزائرة الصحية حول نظام التأمين الصحي للطلاب.

رابعاً: آراء أطباء مستشفيات / عيادات التأمين الصحي حول نظام التأمين الصحي للطلاب.

أولاً: آراء الطلاب حول نظام التأمين الصحي للطلاب

سيتم في البداية عرض نتائج استطلاع آراء الطلاب حول نظام التأمين الصحي للطلاب، ثم سيتم بعد ذلك تحليل لهذه النتائج، وأخيراً ستتم مقارنة لآراء الطلاب في ضوء بعض المتغيرات.

[1] نتائج استطلاع رأي الطلاب حول نظام التأمين الصحي للطلاب

1. هل تم فحص طبي شامل للطالب قبل الالتحاق بالمدرسة الابتدائية؟

نعم 148(28%) لا 242(46%) لا أذكر 139(26%)

2. هل تم عمل فحص طبي شامل للطالب بالمدرسة الابتدائية؟

نعم 269(55%) لا 217(45%)

3. هل تم فحص طبي شامل للطالب قبل بدء العام الدراسي الحالي؟

نعم 78(13%) لا 506(87%)

4. أين تم إجراء الفحص الطبي الشامل على الطالب؟

في المدرسة 252(59%) في المستشفى 54 (12%) في العيادة الصحية 124(29%)

5. هل يحتفظ طبيب المدرسة بسجل خاص بالطالب؟

نعم 220(38%) لا 73(13%) لا أدري 291(50%)

6. هل سبق وأن تعامل الطالب مع طبيب المدرسة؟

نعم 403 (70%) لا 175(30%)

7. هل يجد الطالب معاملة جيدة من الطبيب المدرسي / الزائرة الصحية؟

غالباً 197(34%) أحياناً 235(41%) نادراً 147(25%)

8. هل سبق وأن واجه الطالب مشكلة صحية ولم يجد طبيب أو زائرة صحية؟

نعم 246(34%) لا 323(57%)

9. هل سبق وتم علاج الطالب بإحدى مستشفيات التأمين الصحي؟

نعم 307 (53%) لا 276(47%)

10. هل يعاني الطالب من مشكلات صحية معينة (أمراض معينة)؟

نعم 188 (32%) لا 397(68%)

11. هل طبيب المدرسة على علم بالمشكلات الصحية التي يعاني منها الطالب؟

نعم (108) 23% لا (360) 68%

12. هل المعلمون الذين يقومون بالتدريس للطالب على علم بالمشكلات الصحية التي يعاني منها؟

نعم (52) 11% لا (268) 57% لا أدري (148) 32%

13. هل عانيت من مرض ما أثناء العطلات الدراسية وتم علاجك في عيادة أو مستشفى التأمين الصحي؟

نعم (72) 14% لا (439) 86%

14. هل تلجأ للتأمين الصحي لمجرد الحصول على إجازات مرضية؟

غالباً (32) 6% أحياناً (99) 17% لا (499) 77%

15. هل تكتفي بالعلاج داخل مستشفيات التأمين الصحي؟

غالباً (60) 10% أحياناً (171) 30% لا (347) 60%

16. هل سبق وأن تعرضت لأزمة صحية طارئة أثناء اليوم الدراسي؟

نعم (222) 38% لا (356) 62%

17. ما الإجراء الذي يتم اتخاذه عند مرض الطالب أثناء اليوم الدراسي؟

تقديم الخدمة المناسبة (194) 58% استدعاء ولي الأمر للتصرف (139) 42%

18. هل يتم عقد ندوات يقوم فيها طبيب المدرسة بالتوعية الصحية للتلاميذ؟

نعم (241) 42% لا (338) 58%

19. هل توجد لوحات إرشادية صحية معلقة في أماكن ظاهرة في المدرسة؟

نعم (423) 74% لا (151) 26%

20. هل تم أخذ رأي الطالب في الخدمات المقدمة من التأمين الصحي؟

نعم (67) 12% لا (509) 88%

21. هل تعتقد أن نظام التأمين الصحي مفيد للطالب؟

إلى حد كبير (243) 42% إلى حد ما (273) 47% لا (68) 12%

[2] تحليل آراء الطلاب في نظام التأمين الصحي للطلاب:

يتضح من استجابات الطلاب ما يلي:

1- من جهة الفحص الطبي الشامل على الطلاب:

فإنه غالباً لا يتم هذا الفحص في بداية كل عام دراسي (87% من الطلاب) وإن كان يتم الفحص الشامل في بداية المرحلة الابتدائية (أو عموماً في بداية كل مرحلة تعليمية)، ولكن هذا لا يشمل كل مدارس الجمهورية حيث أقر حوالي (60%) من الطلاب بعدم توقيع الفحص الطبي الشامل عليهم في بداية المرحلة الابتدائية، وغالباً ما يتم هذا الفحص في المدارس مما يدل على عدم جديته حيث لا تتوفر الإمكانات والأجهزة اللازمة للفحص الشامل.

2- السجل الطبي الخاص بالطالب:

إن هذا السجل الطبي له أهمية قصوى حيث يشتمل على معلومات طبية عن حالة كل طالب وتاريخه المرضي، وقد اقر 38% فقط من الطلاب أن طبيب المدرسة يحتفظ بهذا السجل. وهذا يعني أن 50% من الطلاب لا يعرفون أن الطبيب يحتفظ بهذا السجل الحيوي، و13% من الطلاب يظنون أن هذا السجل لا وجود له رغم أهمية أن يعرف الطالب بوجود هذا السجل وأن يعرف ما يشتمل عليه هذا السجل من معلومات.

3- تعامل الطالب مع طبيب المدرسة / الزائرة الصحية:

اتضح أن 70% من الطلاب سبق وأن تعاملوا مع طبيب المدرسة / أو الزائرة الصحية وهي نسبة عالية ولكن السؤال المطروح هنا هل نسبة ال 30% من الطلاب لم يتم تعاملهم مع طبيب المدرسة أو الزائرة الصحية نتيجة عدم احتياجهم لهذا التعامل أم أن عدم تعاملهم هذا كان نتيجة لأسباب أخرى مثل عدم رغبتهم في التعامل معهم (لأي سبب) أو مثلاً لعدم معرفتهم بوجودهم في المدرسة أو ربما لعدم تواجدهم حين الاحتياج إليهم. وقد أقر 34% فقط من الطلاب أن معاملة الطبيب / الزائرة الصحية هي معاملة جيدة في أغلب الأحيان، كما اقر 43% من الطلاب أنهم لم يجدوا طبيب المدرسة أو الزائرة عند الاحتياج إليهم.

4-الأمراض التي يعاني منها طلاب المرحلة الإعدادية:

اتضح أن 32% من طلاب المرحلة الإعدادية يعانون من مشكلات صحية معينة، ومن أمثلة هذه الأمراض (كما أوضحها الطلاب):

- قصر النظر. - صداع - صديد في اللوز
- جيوب أنفية أو لحمية. - أمراض جلدية. - ألم في الأسنان.
- حب الشباب. - دوخة. - كحة وحساسية في الصدر.
- حمى روماتيزمية. - ضعف عام. - أنيميا.

هذا وقد أقر 23% فقط من الطلاب أن طبيب المدرسة / الزائرة الصحية على علم بهذه المشكلات، وأقر 11% فقط من الطلاب أن المعلمون الذين يقومون بالتدريس لهم على علم بهذه المشكلات. وهذا يعني أن عدداً كبيراً من أطباء المدارس / الزائرات الصحيات ليسوا على علم بالمشكلات الصحية التي يعاني منها الطلاب وأن نسبة قليلة جداً من المعلمين يعلمون بالمشكلات الصحية التي يعاني منها طلابهم. وهذا يشير إلى عدم الاهتمام الكاف بصحة الطلاب رغم أهميتها بصفة عامة ورغم تأثيرها القوي باستيعاب الطلاب وتحصيلهم.

5-الخدمات الصحية للعيادة المدرسية:

اتضح من الاستجابات أن 38% من الطلاب سبق وأن تعرضوا لأزمات صحية أثناء اليوم الدراسي، ومن أمثلة هذه الأزمات:

- ارتفاع في درجة الحرارة. - أمراض باطنة (المعدة (القيء) - مغص في البطن)
- اللوز. - آلام في الأسنان. - الصداع.
- أمراض باطنة (وجع في الجنب / قيء / مغص في البطن / دوخة).
- أنف وأذن (انفلونزا / لوز / كحة). - زغللة في العين.
- صداع. - ارتفاع في درجة الحرارة.

ومن نتائج الاستجابات أنه عند مرض الطالب أثناء اليوم الدراسي يتم تقديم الخدمة المناسبة بنسبة 58% من الحالات بينما يتم استدعاء ولي الأمر للتصرف بنسبة 42% من هذه الحالات.

6-عقد الندوات

أقر 42% فقط من الطلاب أنه يتم عقد ندوات يقوم فيها طبيب المدرسة بالتوعية الصحية للطلاب وهي نسبة قليلة نظراً لأهمية هذه التوعية لطلاب المرحلة الإعدادية، هذا كما أقر 26% من الطلاب بعدم وجود لوحات إرشادية صحية معلقة في أماكن ظاهرة في المدرسة رغم أهمية هذه اللوحات مع العلم بأن موضوعات هذه اللوحات أهم من وجود اللوحـــات في حد ذاته حيث لوحظ أثناء تطبيق الاستمارات على الطلاب أن عدد غيـــر قليـــل مـــن الطلاب لا يشعرون بوجود هذه اللوحات، وهذا يدل على أنه حتى إذا كانت هذه اللوحات موجودة في بعض المدارس إلا أن الطلاب لا يقومون بقراءتها .

7-مستشفيات / عيادات التأمين الصحي:

اتضح من النتائج أن 14% فقط من الطلاب الذين يعانون من أمراض أثنـــاء العطـــلات الدراسية يلجأون إلى مستشفيات أو عيادات التأمين الصحي وهي نسبة قليلة، وتشير على وجود أسباب لذلك ولعلها تتضح من استجابات أولياء الأمور فيما بعد. ومـــن المقلـــق أن 10% فقط غالباً ما يكتفون بالعلاج داخل مستشفيات التأمين. وبصفة عامة اتضح أن نسبة عالية إلى حد ما من الطلاب عينة البحث (47%) لم يسبق وأن تـــم علاجهـــم بإحـــدى مستشفيات التأمين الصحي.

8-مدى فائدة نظام التأمين الصحي المدرسي:

اتضح من النتائج أنه لم يتم أخذ رأي الطلاب في الخدمات المقدمة من التـــأمين الصـــحي المدرسي سابقاً، كما اتضح أن 23% من طلاب المرحلة الإعدادية (عينة البحث) أحياناً أو غالباً ما يلجأون إلى التأمين الصحي لمجرد الحصول على إجازة مرضية. أمـــا الســـؤال الصريح عن رأي الطلاب فقد أقر 42% فقط أن نظام التأمين الصحي المدرســـي مفيـــد للطالب إلى حد كبير.

<u>[3] مقارنة آراء الطلاب حول نظام التأمين الصحي باختلاف بعض المتغيرات</u>

1- المستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض / المرتفع:

يتضح من النتائج المعروضة في جدول (1) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بـــين آراء الطلاب ذوي المستوى المنخفض مقابل آراء الطلاب ذوي المستوى المرتفع فيمـــا يتعلق بالنقاط التالية الخاصة بنظام التأمين الصحي:

1/1 التعامل مع طبيب المدرسة / الزائرة الصحية:

حيث تتعامل نسبة أعلى من الطلاب ذوي المستوى المنخفض مع طبيب المدرسة / الزائرة الصحية.

2/1 نوع معاملة طبيب المدرسة / الزائرة الصحية:

حيث ترى نسبة أعلى من الطلاب ذوي المستوى المنخفض أن معاملة طبيب المدرسة / الزائرة الصحية ليست جيدة بالحد الكاف.

3/1 العلاج بإحدى مستشفيات التأمين الصحي:

حيث تقبل نسبة أعلى من الطلاب ذوي المستوى المنخفض إلى العلاج بإحدى مستشفيات / عيادات التأمين الصحي.

4/1 مدى علم الطبيب / المعلم بمشكلات الطلاب الصحية:

حيث ترى نسبة أعلى من الطلاب ذوي المستوى المنخفض أن الطبيب / المعلم على علم بمشكلاتهم الصحية.

5/1 التعرض لأزمة صحية أثناء اليوم الدراسي:

حيث اتضح أن نسبة أعلى من الطلاب ذوي المستوى المرتفع يتعرضون لأزمات صحية أثناء اليوم الدراسي، مع الإشارة إلى أن 31% (وهي نسبة غير قليلة) من الطلاب ذوي المستوى المنخفض يتعرضون أيضاً لأزمات صحية أثناء اليوم الدراسي.

6/1 عقد ندوات التوعية الصحية:

حيث أقرت نسبة أعلى من الطلاب ذوي المستوى المنخفض عدم عقد مثل هذه الندوات.

7/1 مدى فائدة نظام التأمين الصحي:

رغم تساوي نسبتي الطلاب من المستويين المنخفض والمرتفع في آرائهم عن فائدة التأمين الصحي ولكن اختلفت الآراء في مدى هذه الفائدة حيث ترى نسبة أعلى من الطلاب ذوي المستوى المنخفض أن هذه الفائدة متوسطة فقط (51% من الطلاب ذوي المستوى المنخفض مقابل 41% من ذوي المستوى المرتفع).

2- نوع الطالب (إناث / ذكور):

يتضح من النتائج المعروضة في جدول (2) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء الطلاب (الذكور) مقابل آراء الطالبات (الإناث) فيما يتعلق بالنقاط التالية:

1/2 إجراء فحص طبي شامل قبل بدء العام الدراسي الحالي:

رغم تأكيد كل من البنين والبنات من الطلاب على عدم إجراء فحص طبي شامل قبل بدء العام الدراسي الحالي إلا أن هذه النسبة كانت أعلى في مدارس البنين عنها في مدارس البنات.

2/2 مكان الفحص الطبي الشامل أثناء الدراسة الابتدائية:

رغم تأكيد كل من البنين والبنات من الطلاب على أن هذا الفحص غالباً ما يتم في المدرسة إلا أن هذه النسبة كانت أعلى بين البنات عنها بين البنين.

3/2 احتفاظ طبيب المدرسة بسجل خاص بالطالب:

رغم أن نسبة غير قليلة من كل من البنين والبنات من الطلاب لا يعرفون بوجود سجل طبي لهم لدى طبيب المدرسة إلا أن نسبة من لا يعرفون بذلك السجل أعلى بين البنات.

4/2 معاملة الطبيب المدرسي / الزائرة الصحية:

رغم أن نسبة قليلة أقرت بأن هذه المعاملة غالباً ما تكون جيدة سواء من البنين أو البنات إلا أن هذه النسبة كانت أعلى بين البنين عنها لدى البنات.

5/2 عدم وجود طبيب المدرسة / الزائرة الصحية عند الاحتياج:

رغم أن نسبة غير قليلة من البنين والبنات من الطلاب لا يجدون الطبيب / الزائرة عند الاحتياج ولكن هذه النسبة كانت أعلى بين البنين عنها بين البنات.

6/2 الاكتفاء بالعلاج داخل مستشفيات التأمين الصحي:

رغم أن نسبة عالية إلى حد ما لا تكتفي بالعلاج داخل مستشفيات / عيادات التأمين الصحي إلا أن هذه النسبة كانت أعلى بين البنات عنها بين البنين.

7/2 الإجراء الذي يتم اتخاذه عند تعرض الطالب لأزمة صحية طارئة أثناء اليوم الدراسي:

تشير النتائج إلى أنه عند تعرض الطالب لأزمة صحية طارئة أثناء اليوم الدراسي نسبة استدعاء ولي الأمر للتصرف تكون أعلى في مدارس البنين بينما تقديم الخدمة المناسبة أعلى في مدارس البنات.

8/2 اللوحات الإرشادية الصحية:

تشير النتائج إلى نسبة عدم وجود لوحات إرشادية صحية معلقة في أماكن ظاهرة في المدرسة أعلى في مدارس البنات عنها في مدارس البنين.

اختلاف المحافظات (القاهرة + الإسكندرية / الشرقية +القليوبية):

يتضح من النتائج المعروضة في جدول (3) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات آراء الطلاب نحو نظام التأمين الصحي المدرسي ترجع إلى اختلاف المحافظات بين محافظات رئيسية كبرى (القاهرة + الإسكندرية)، وبين محافظات إقليمية صغرى (القليوبية + الشرقية)، وتتضح نقاط الاختلاف فيما يلي:

1/3 يتم إجراء الفحص الطبي الشامل على الطلاب في المدارس بنسبة أعلى في المحافظات الرئيسية الكبرى بينما يتم في الوحدات الصحية بنسبة أعلى بالنسبة للمحافظات الإقليمية الصغرى.

2/3 تتعامل نسبة أعلى من طلاب المحافظات الكبرى الرئيسية مع طبيب المدرسة / الزائرة الصحية عن طلاب المحافظات الإقليمية الصغرى.

3/3 نسبة أعلى من طلاب المحافظات الإقليمية الصغرى لا يجدون طبيب المدرسة / الزائرة الصحية عند مواجهة الطلاب لمشكلات صحية.

4/3 نسبة أعلى من طلاب المحافظات الإقليمية الصغرى لا يتم علاجهم بمستشفيات التأمين الصحي وربما يرجع ذلك لعدم توافر هذه المستشفيات في هذه المحافظات.

5/3 نسبة أعلى من طلاب المحافظات الرئيسية الكبرى يرون أن طبيب المدرسة / الزائرة الصحية على علم بمشكلاتهم الصحية.

6/3 نسبة أعلى من طلاب المحافظات الكبرى الرئيسية يرون أنه عند مرض الطالب أثناء اليوم الدراسي يتم تقديم الخدمة المناسبة بينما نسبة أعلى من طلاب المحافظات الإقليمية الصغرى يرون أنه في هذه الحالات يتم استدعاء ولي الأمر.

7/3 نسبة أعلى من طلاب المحافظات الرئيسية الكبرى يرون أن نظام التأمين الصحي المدرسي مفيد للطالب إلى حد ما، بينما نسبة أعلى من طلاب المحافظات الإقليمية الصغرى يرون أن نظام التأمين الصحي المدرسي مفيد للطالب إلى حد كبير.

سلبيات نظام التأمين الصحي المدرسي من وجهة نظر الطلاب:

أولاً: بالنسبة للمدرسة:

- ❖ حجرة الطبيب غير مناسبة من حيث الموقع أو المساحة في بعض الأحيان وغير نظيفة في بعض الأحيان.
- ❖ عدم تواجد طبيب يومياً في المدرسة.

- انشغال الزائرة الصحية بأكثر من مدرسة.
- غلق حجرة الطبيب / الزائرة الصحية في الحصص الأخيرة.
- سوء معاملة الطبيب / الزائرة الصحية في بعض الأحيان.
- الأجهزة المتوفرة قليلة وقديمة عي عبارة عن سماعة طبية فقط.
- عدم توافر الأدوية اللازمة للحالات اليومية مثل الصداع والمغص وتطهير الجروح.
- عدم توافر العناية الطبية اللازمة عند إصابة التلاميذ في المدرسة.
- عدم الاهتمام الكاف بالمشاكل الصحية للطلبة.
- عدم وجود توعية كافية للطلاب بالنواحي الصحية.

ثانياً: بالنسبة للعيادات والمستشفيات:

- عدم الاهتمام بالكشف السليم، والرعاية الطبية المناسبة.
- عدم الاهتمام بالنظافة (أحياناً) والازدحام في غرفة الكشف.
- عدم توافر الأدوية، وغالباً يتم شراء العلاج من صيدليات خارجية.
- عدم توافر الأدوية المناسبة لحالة المريض وبعض الأحيان يكتب الطبيب الأدوية المتوفرة حتى إذا كانت غير مناسبة.
- التأخر في إصدار كارنيه التأمين الصحي للتلاميذ.
- لا يسمح للطالب بالدخول للطبيب للكشف عليه إلا بوجود الكارنيه الخاص بالتأمين الصحي حتى ولو كانت حالة الطالب صعبة.
- أماكن المستشفيات وبعض العيادات بعيدة عن منازل الطلاب وعن المدرسة مما يجعل الوصول إليها مشقة.
- رفض بعد الأطباء إعطاء الطالب إجازة مرضية رغم شدة الحالة.
- عدم وجود جميع التخصصات في المناطق الريفية.
- عدم وجود بعض التخصصات إلا في أيام معينة وهناك بعض الحالات المرضية التي لا تستطيع الانتظار.
- سوء الخدمة الطبية في بعض المستشفيات.

<u>مقترحات لتحسين خدمات التأمين الصحي من وجهة نظر الطلاب:</u>

أولاً: بالنسبة للمدرسة:

- تواجد الطبيب طوال اليوم الدراسي، وكل الأيام.
- أن تكون معاملة الطبيب والزائرة الصحية للطلاب معاملة حسنة.
- توفير حجرة للطبيب نظيفة ومناسبة من حيث الموقع والمساحة.

- توفير الأجهزة وأدوات الكشف والأدوية على الأقل اللازمة للإسعافات الأولية وللحالات اليومية.
- إجراء الفحص الشامل على الطلاب مع بداية كل عام دراسي.
- عقد ندوات طبية لتوعية الطلاب صحياً.
- عمل لوحات إرشادية طبية بالمدارس.
- تدريب التلاميذ على الإسعافات الأولية.

ثانياً: بالنسبة للعيادات والمستشفيات:

- زيادة عدد مستشفيات الطلبة.
- توفير الأدوية في صيدليات المستشفيات.
- صرف الأدوية بالمجان للطلاب خاصة الفقراء.
- تحسين نوعية شنابر النظارات والعدسات.
- استقبال الحالات الحرجة بسهولة وبسرعة.
- توفير وسيلة لنقل الطلاب للمستشفيات خاصة في حالات الحوادث والحالات الصعبة.
- استخدام أجهزة حديثة وتطوير الأجهزة القديمة.
- الاهتمام بالنظافة في العيادات والمستشفيات.
- توفير جميع التخصصات في العيادات والمستشفيات خاصة في القرى والأرياف.
- الاهتمام بعلاج الأسنان والطب النفسي.
- تسهيل إجراءات الدخول إلى المستشفى.
- توفير الأدوية من نوعية جيدة في صيدليات التأمين الصحي.
- إعطاء إجازة مرضية للطلاب في الحالات التي تستدعي ذلك.

جدول (1)

دلالة الفرق بين استجابات الطلاب حول نظام التأمين الصحي باختلاف نوع الطالب (ذكر / أنثى)

1- هل تم عمل فحص طبي شامل للطالب قبل الالتحاق بالمدرسة الابتدائية؟

الاستجابة / نوع الطالب	نعم ك (%)	لا ك (%)	لا أذكر ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
ذكر	81 (27.5%)	83 (28.1%)	131 (44.4%)	0.622	غير دالة
أنثى	58 (24.8%)	65 (27.8%)	111 (47.4%)		

2- هل تم عمل فحص طبي شامل للطالب بالمدرسة الابتدائية؟

الاستجابة / نوع الطالب	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
ذكر	31 (11%)	262 (89%)	6.020	دالة عند مستوى 0.014
أنثى	142 (18%)	191 (82%)		

3- هل تم عمل فحص طبي شامل للطالب قبل بدء العام الدراسي الحالي؟

الاستجابة / نوع الطالب	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
ذكر	156 (57.8%)	114 (42.2%)	10449	غير دالة
أنثى	113 (52.3%)	103 (47.7%)		

4- أين يتم هذا الفحص؟

الاستجابة / نوع الطالب	في الوحدة الصحية ك (%)	في المستشفى ك (%)	في المدرسة ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
ذكر	76 (32.9%)	27 (11.7%)	128 (55.4%)	6.432	دالة عند مستوى 0.040
أنثى	34 (21.5%)	18 (11.4%)	106 (67.1%)		

5- هل يحتفظ طبيب المدرسة بسجل خاص بالطالب؟

الاستجابة / نوع الطالب	نعم ك (%)	لا ك (%)	لا أدري ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
ذكر	139 (47.3%)	33 (11.2%)	122 (41.5%)	18.605	دالة عند مستوى 0.000
أنثى	67 (28.9%)	32 (13.8%)	133 (57.3%)		

6-هل سبق وأن تعامل الطالب مع طبيب المدرسة؟

الاستجابة / نوع الطالب	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
ذكر	210 (71.9%)	82 (28.1%)	0.230	غير دالة
أنثى	161 (70.0%)	69 (30.0%)		

7-هل تجد معاملة جيدة من الطبيب المدرسي أو الزائرة الصحية؟

الاستجابة / نوع الطالب	غالبا ك (%)	أحيانا ك (%)	نادرا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
ذكر	105 (36.1%)	123 (42.3%)	63 (21.6%)	9.927	دالة عند مستوى 0.007
أنثى	73 (31.7%)	79 (34.3%)	78 (33.9%)		

8- هل سبق وأن واجهتك مشكلة صحية ولم تجد طبيب أو زائرة صحية؟

الاستجابة / نوع الطالب	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
ذكر	134 (47%)	151 (53%)	5.554	دالة عند مستوى 0.018
أنثى	84 (37%)	145 (63%)		

9- هل سبق أن تم علاجك بإحدى مستشفيات التأمين الصحي؟

الاستجابة / نوع الطالب	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
ذكر	165 (56.5%)	127 (43.5%)	3.337	غير دالة
أنثى	113 (48.5%)	120 (51.5%)		

10- هل تعاني من مشكلات صحية معينة (أمراض معينة)؟

الاستجابة / نوع الطالب	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
ذكر	92 (31.3%)	202 (68.7%)	0.894	غير دالة
أنثى	82 (35.2%)	151 (64.8%)		

11- هل طبيب المدرسة على علم بهذه المشكلات؟

الاستجابة / نوع الطالب	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
ذكر	53 (22.1%)	187 (77.9)	0.495	غير دالة
أنثى	47 (24.9%)	142 (75.1%)		

12- هل المعلمون الذين يقومون بالتدريس لك على علم بهذه المشكلات؟

الاستجابة / نوع الطالب	نعم ك (%)	لا ك (%)	لا أدري ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
ذكر	30 (12.4%)	127 (52.5%)	85 (35.1%)	5.647	غير دالة
أنثى	19 (10.1%)	120 (63.8%)	49 (26.1%)		

13- هل صادفتك أمراض أثناء العطلات الدراسية وتم علاجك في التأمين الصحي؟

الاستجابة / نوع الطالب	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
ذكر	44 (15%)	242 (85%)	0.899	غير دالة
أنثى	28 (12%)	197 (88%)		

14- هل تلجأ للتأمين الصحي في بعض الأحيان لمجرد الحصول على إجازات مرضية؟

الاستجابة / نوع الطالب	غالبا ك (%)	أحيانا ك (%)	لا يحدث ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
ذكر	20 (6.9%)	51 (17.5%)	220 (75.6%)	2.183	غير دالة
أنثى	10 (4.3%)	36 (15.5%)	186 (80.2%)		

15-هل تكتفي بالعلاج داخل مستشفيات التأمين الصحي؟

الاستجابة / نوع الطالب	غالبا ك (%)	أحيانا ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
ذكر	39 (13.5%)	96 (33.3%)	153 (53.1%)	16.739	دالة عند مستوى 0.000
أنثى	14 (6.0%)	56 (24.1%)	162 (69.8%)		

16-هل سبق وأن تعرضت لأزمة صحية طارئة أثناء اليوم الدراسي؟

الاستجابة / نوع الطالب	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
ذكر	115 (40%)	175 (60%)	0.590	غير دالة
أنثى	84 (36.4%)	147 (63.6%)		

17-ما الإجراء الذي تم اتخاذه؟

الاستجابة / نوع الطالب	تم استدعاء ولي الأمر للتصرف ك (%)	تم تقديم الخدمة المناسبة ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
ذكر	86 (47.8%)	94 (52.2%)	9.110	دالة عند مستوى 0.003
أنثى	36 (30.3%)	83 (69.7%)		

18-هل يتم عقد ندوات يقوم فيها طبيب المدرسة بالتوعية الصحية للتلاميذ؟

الاستجابة / نوع الطالب	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
ذكر	113 (39.2%)	175 (60.8%)	2.998	غير دالة
أنثى	109 (46.8%)	124 (53.2%)		

19-هل توجد لوحات إرشادية صحية معلقة في أماكن ظاهرة في المدرسة؟

الاستجابة / نوع الطالب	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
ذكر	223 (78.5%)	61 (21.5%)	7.102	دالة عند مستوى 0.008
أنثى	159 (68.2%)	74 (31.8%)		

20-هل تم أخذ رأيك في الخدمات المقدمة من التأمين الصحي؟

نوع الطالب / الاستجابة	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
ذكر	45 (16%)	244 (84%)	7.110	دالة عند مستوى 0.008
أنثى	18 (7.9%)	211 (92.1%)		

21-هل تعتقد أن نظام التأمين الصحي مفيد للطالب؟

نوع الطالب / الاستجابة	إلى حد كبير ك (%)	إلى حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
ذكر	133 (45.4%)	127 (43.3%)	33 (11.3%)	4.294	غير دالة
أنثى	85 (36.5%)	116 (49.8%)	32(13.7%)		

جدول (2)

دلالة الفرق بين استجابات الطلاب حول نظام التأمين الصحي
باختلاف المستوى الاقتصادي (منخفض / مرتفع)

1- هل تم عمل فحص طبي شامل للطالب قبل الالتحاق بالمدرسة الابتدائية؟

الاستجابة / المستوي الاقتصادي	نعم ك (%)	لا ك (%)	لا أذكر ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
مستوى منخفض	78 (24.1%)	87 (26.9%)	158 (48.9%)	2.211	غير دالة
مستوى مرتفع	70 (26.5%)	81 (30.7%)	113 (42.8%)		

2- هل تم عمل فحص طبي شامل للطالب بالمدرسة الابتدائية؟

الاستجابة / المستوي الاقتصادي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
مستوى منخفض	37 (11.5%)	284 (88.5%)	2.062	غير دالة
مستوى مرتفع	41 (15.6%)	222 (84.4%)		

3- هل تم عمل فحص طبي شامل للطالب قبل بدء العام الدراسي الحالي؟

الاستجابة / المستوي الاقتصادي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
مستوى منخفض	154 (54.8%)	127 (45.2%)	0.033	غير دالة
مستوى مرتفع	141 (54.0 %)	120 (46.0%)		

4- أين يتم هذا الفحص؟

الاستجابة / المستوي الاقتصادي	في الوحدة الصحية ك (%)	في المستشفى ك (%)	في المدرسة ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
مستوى منخفض	78 (33.2%)	22 (9.4%)	135 (57.4%)	7.742	دالة عند مستوى 0.021
مستوى مرتفع	34 (23.6%)	32 (16.4%)	117 (60%)		

5- هل يحتفظ طبيب المدرسة بسجل خاص بالطالب؟

الاستجابة / المستوي الاقتصادي	نعم ك (%)	لا ك (%)	لا أدري ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
مستوى منخفض	120 (37.3%)	39 (12.1%)	163 (50.6%)	0.208	غير دالة
مستوى مرتفع	100 (38.2%)	34 (13%)	128 (48.9%)		

6- هل سبق وأن تعامل الطالب مع طبيب المدرسة؟

الاستجابة / المستوي الاقتصادي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
مستوى منخفض	239 (74.7%)	81 (25.3%)	8.742	دالة عند مستوى 0.003
مستوى مرتفع	146 (63.3%)	95 (36.7%)		

7- هل تجد معاملة جيدة من الطبيب المدرسي أو الزائرة الصحية؟

الاستجابة / المستوي الاقتصادي	غالبا ك (%)	أحيانا ك (%)	نادراً ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
مستوى منخفض	94 (29.5%)	135 (42.3%)	90 (28.2%)	7.094	دالة عند مستوى 0.029
مستوى مرتفع	103 (39.6%)	100 (38.5%)	57 (21.9%)		

8- هل سبق وأن واجهتك مشكلة صحية ولم تجد طبيب أو زائرة صحية؟

الاستجابة / المستوي الاقتصادي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
مستوى منخفض	127 (41%)	187 (60%)	2.219	غير دالة
مستوى مرتفع	119 (47%)	136 (53%)		

9- هل سبق أن تم علاجك بإحدى مستشفيات التأمين الصحي؟

الاستجابة / المستوي الاقتصادي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
مستوى منخفض	186 (58.1%)	134 (41.9%)	8.502	دالة عند مستوى 0.004
مستوى مرتفع	121 (46.0%)	142 (54.0%)		

10- هل تعاني من مشكلات صحية معينة (أمراض معينة)؟

المستوي الاقتصادي / الاستجابة	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
مستوى منخفض	99 (30.7%)	223 (69.3%)	0.636	غير دالة
مستوى مرتفع	89 (33.8%)	174 (66.2%)		

11- هل طبيب المدرسة على علم بهذه المشكلات؟

المستوي الاقتصادي / الاستجابة	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
مستوى منخفض	68 (27.4%)	180 (72.6%)	5.604	دالة عند مستوى 0.018
مستوى مرتفع	40 (18.2%)	180 (81.8%)		

12- هل المعلمون الذين يقومون بالتدريس لك على علم بهذه المشكلات؟

المستوي الاقتصادي / الاستجابة	نعم ك (%)	لا ك (%)	لا أدري ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
مستوى منخفض	38 (15.1%)	129 (51.4%)	84 (33.5%)	5.647	دالة عند مستوى 0.003
مستوى مرتفع	14 (6.5%)	139 (64.1%)	64 (29.5%)		

13- هل صادفتك أمراض أثناء العطلات الدراسية وتم علاجك في التأمين الصحيّ؟

المستوي الاقتصادي / الاستجابة	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
مستوى منخفض	46 (15%)	265 (85%)	0.259	غير دالة
مستوى مرتفع	42 (16%)	215 (84%)		

14- هل تلجأ للتأمين الصحي في بعض الأحيان لمجرد الحصول على إجازات مرضية؟

المستوي الاقتصادي / الاستجابة	غالبا ك (%)	أحيانا ك (%)	لا يحدث ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
مستوى منخفض	17 (5.3%)	52 (16.3%)	250 (78.4%)	0.374	غير دالة
مستوى مرتفع	15 (5.7%)	47 (18.0%)	199 (76.2%)		

15-هل تكتفي بالعلاج داخل مستشفيات التأمين الصحي؟

الاستجابة / المستوى الاقتصادي	غالبا ك (%)	أحيانا ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
مستوى منخفض	31 (9.8%)	106 (33.5%)	179 (56.6%)	5.247	غير دالة
مستوى مرتفع	29 (11.1%)	65 (24.8%)	186 (64.1%)		

16-هل سبق وأن تعرضت لأزمة صحية طارئة أثناء اليوم الدراسي؟

الاستجابة / المستوى الاقتصادي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
مستوى منخفض	95 (30%)	221 (70%)	20.52	دالة عند مستوى 0.000
مستوى مرتفع	127 (48.5%)	135 (51.5%)		

17-ما الإجراء الذي تم اتخاذه؟

الاستجابة / المستوى الاقتصادي	تم استدعاء ولي الأمر للتصرف ك (%)	تم تقديم الخدمة المناسبة ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
مستوى منخفض	75 (44.1%)	95 (55.9%)	0.806	غير دالة
مستوى مرتفع	64 (39.3%)	99 (60.7%)		

18-هل يتم عقد ندوات يقوم فيها طبيب المدرسة بالتوعية الصحية للتلاميذ؟

الاستجابة / المستوى الاقتصادي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
مستوى منخفض	96 (30.2%)	222 (69.8%)	37.962	دالة عند مستوى 0.000
مستوى مرتفع	145 (55.6%)	116 (44.4%)		

19-هل توجد لوحات إرشادية صحية معلقة في أماكن ظاهرة في المدرسة؟

الاستجابة / المستوى الاقتصادي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
مستوى منخفض	231 (73.8%)	82 (26.2%)	0.004	غير دالة
مستوى مرتفع	192 (73.6%)	69 (26.4%)		

20- هل تم أخذ رأيك في الخدمات المقدمة من التأمين الصحي؟

الاستجابة / المستوي الاقتصادي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
مستوى منخفض	27 (9%)	288 (90%)	6.335	دالة عند مستوى 0.012
مستوى مرتفع	40 (15.3%)	221 (84.7%)		

21- هل تعتقد أن نظام التأمين الصحي مفيد للطالب؟

الاستجابة / المستوي الاقتصادي	إلى حد كبير ك (%)	إلى حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
مستوى منخفض	119 (37.2%)	164 (51.3%)	37 (11.6%)	6.40 2	دالة عند مستوى 0.041
مستوى مرتفع	124 (47.0%)	109 (41.3%)	31(11.7%)		

جدول (3)

دلالة الفرق بين استجابات الطلاب حول نظام التأمين الصحي باختلاف المحافظات (رئيسية كبري / إقليمية صغري)

1- هل تم عمل فحص طبي شامل للطالب قبل الالتحاق بالمدرسة الابتدائية؟

الاستجابة / المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	لا أذكر ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
محافظات كبري	59 (16.4%)	85 (23.7%)	215 (59.9%)	73.84	دالة عند مستوى 0.021
محافظات إقليمية	89 (39.0%)	83 (36.4%)	56 (24.6%)		

2- هل تم عمل فحص طبي شامل للطالب بالمدرسة الابتدائية؟

الاستجابة / المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
محافظات كبري	66 (18.5%)	290 (81.5%)	21.17	دالة عند مستوى 0.000
محافظات إقليمية	12 (5.3%)	216 (94.7%)		

3- هل تم عمل فحص طبي شامل للطالب قبل بدء العام الدراسي الحالي؟

الاستجابة / المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
محافظات كبري	197 (62.7%)	117 (37.3%)	20.79	دالة عند مستوى 0.000
محافظات إقليمية	98 (43.0 %)	130 (57.0%)		

4- أين يتم هذا الفحص؟

الاستجابة / المحافظات	في الوحدة الصحية ك (%)	في المستشفى ك (%)	في المدرسة ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
محافظات كبري	39 (15.2%)	25 (9.7%)	193 (75.1%)	75.70	دالة عند مستوى 0.000
محافظات إقليمية	85 (49.1%)	29 (16.8%)	59 (34.1%)		

5- هل يحتفظ طبيب المدرسة بسجل خاص بالطالب؟

الاستجابة / المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	لا أدري ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
محافظات كبري	117 (32.7%)	33 (9.2%)	208 (51.8%)	26.79	دالة عند مستوى 0.000
محافظات إقليمية	103 (45.6%)	40 (17.7%)	83 (36.7%)		

6- هل سبق وأن تعامل الطالب مع طبيب المدرسة؟

الاستجابة / المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
محافظات كبري	271 (76.3%)	84 (23.7%)	19.68	دالة عند مستوى 0.000
محافظات إقليمية	132 (58.9%)	92 (41.1%)		

7- هل تجد معاملة جيدة من الطبيب المدرسي أو الزائرة الصحية؟

الاستجابة / المحافظات	غالبا ك (%)	أحيانا ك (%)	نادراً ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
محافظات كبري	124 (34.9%)	142 (40.0%)	89 (25.1%)	0.336	غير دالة
محافظات إقليمية	73 (32.6%)	93 (41.5%)	58 (25.9%)		

8- هل سبق وأن واجهتك مشكلة صحية ولم تجد طبيب أو زائرة صحية؟

الاستجابة / المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
محافظات كبري	134 (38%)	215 (62%)	8.61	دالة عند مستوى 0.003
محافظات إقليمية	112 (51%)	108 (49%)		

9- هل سبق أن تم علاجك بإحدى مستشفيات التأمين الصحي؟

الاستجابة / المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
محافظات كبري	202 (56.6%)	155 (43.4%)	5.688	دالة عند مستوى 0.017
محافظات إقليمية	105 (46.5%)	121 (53.5%)		

10- هل تعاني من مشكلات صحية معينة (أمراض معينة)؟

الاستجابة / المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
محافظات كبري	108 (30.2%)	250 (69.8%)	0.0.64	غير دالة
محافظات إقليمية	80 (35.2%)	147 (64.8%)		

11- هل طبيب المدرسة على علم بهذه المشكلات؟

الاستجابة / المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
محافظات كبري	69 (26.7%)	189 (73.3%)	4.36	دالة عند مستوى 0.037
محافظات إقليمية	39 (18.6%)	171 (81.4%)		

12- هل المعلمون الذين يقومون بالتدريس لك على علم بهذه المشكلات؟

الاستجابة / المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	لا أدري ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
محافظات كبري	29 (11.2%)	144 (55.8%)	85 (32.9%)	0.538	غير دالة
محافظات إقليمية	23 (11.0%)	124 (59.0%)	63 (30.0%)		

13- هل صادفتك أمراض أثناء العطلات الدراسية وتم علاجك في التأمين الصحي؟

الاستجابة / المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
محافظات كبري	47 (14%)	299 (86%)	2.464	غير دالة
محافظات إقليمية	41 (18.5%)	181 (81.5%)		

14- هل تلجأ للتأمين الصحي في بعض الأحيان لمجرد الحصول على إجازات مرضية؟

الاستجابة / المحافظات	غالبا ك (%)	أحيانا ك (%)	لا يحدث ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
محافظات كبري	15 (4.2%)	61 (17.1%)	280 (78.7%)	3.025	غير دالة
محافظات إقليمية	17 (7.6%)	38 (17.0%)	169 (75.4%)		

15-هل تكتفي بالعلاج داخل مستشفيات التأمين الصحي؟

المحافظات \ الاستجابة	غالبا ك (%)	أحيانا ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
محافظات كبري	30 (8.5%)	111 (31.5%)	211 (59.9%)	4.151	غير دالة
محافظات إقليمية	30 (13.3%)	60 (26.5%)	136 (60.2%)		

16-هل سبق وأن تعرضت لأزمة صحية طارئة أثناء اليوم الدراسي؟

المحافظات \ الاستجابة	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
محافظات كبري	134 (38%)	221 (62.3%)	0.903	غير دالة
محافظات إقليمية	89 (39.7%)	135 (60.3%)		

17- ما الإجراء الذي تم اتخاذه؟

المحافظات \ الاستجابة	تم استدعاء ولي الأمر للتصرف ك (%)	تم تقديم الخدمة المناسبة ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
محافظات كبري	50 (28.9%)	123 (71.1%)	24.41	دالة عند مستوى 0.000
محافظات إقليمية	89 (55.6%)	71 (44.4%)		

18-هل يتم عقد ندوات يقوم فيها طبيب المدرسة بالتوعية الصحية للتلاميذ؟

المحافظات \ الاستجابة	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
محافظات كبري	149 (42.1%)	205 (57.9%)	0.082	غير دالة
محافظات إقليمية	92 (40.9%)	133 (59.1%)		

19-هل توجد لوحات إرشادية صحية معلقة في أماكن ظاهرة في المدرسة؟

المحافظات \ الاستجابة	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
محافظات كبري	263 (74.5%)	90 (25.5%)	0.311	غير دالة
محافظات إقليمية	160 (72.4%)	61 (27.6%)		

20-هل تم أخذ رأيك في الخدمات المقدمة من التأمين الصحي؟

الاستجابة / المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
محافظات كبري	31 (9%)	320 (91%)	6.854	دالة عند مستوى 0.009
محافظات إقليمية	36 (16%)	189 (84%)		

21-هل تعتقد أن نظام التأمين الصحي مفيد للطالب؟

الاستجابة / المحافظات	إلى حد كبير ك (%)	إلى حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
محافظات كبري	133 (37.4%)	189 (53.1%)	34 (9.6%)	15.24	دالة عند مستوى 0.000
محافظات إقليمية	110 (48.2%)	84 (36.8%)	34(14.9%)		

ثانياً: آراء أولياء الأمور حول نظام التأمين الصحي للطلاب:

يتم فيما يلي عرض لنتائج استجابات أولياء الأمور حول نظام التأمين الصحي للطـلاب ثم يتم عرض تحليل لهذه النتائج وبعد ذلك يتم عرض بعض المقارنات لاستجابات أولياء الأمور باختلاف المستوى الاقتصادي، الحالة التعليمية، نوع المحافظات (كبرى / صغرى).

[1] نتائج استطلاع رأي أولياء الأمور حول نظام التأمين الصحي للطلاب:

1- هل يشترك أبناؤك في أي خدمات تأمين صحي إلى جانب التأمين الصحي المدرسي؟

نعم 53 (15%) لا 300 (85%)

2- هل سبق لك التعامل مع طبيب المدرسة التي بها أولادك؟

نعم 161 (45.5%) لا 193 (54.5%)

3- هل أنت راضي عن الخدمة التي يقدمها لك طبيب المدرسة؟

إلى حد كبير 44 (13%) إلى حد ما 172 (52%)لا 116 (35%)

4- هل سبق وأن تم عرض أي من أبنائك على إحدى مستشفيات التأمين الصحي؟

نعم 162 (46%) لا 190 (54%)

5- هل أنت راضي عن الخدمة التي يقدمها لك طبيب المستشفى؟

إلى حد كبير 58 (19%) إلى حد ما 133 (45%) لا 107 (36%)

6- هل سبق وتعرض أحد أبنائك لمرض لم تجد له الطبيب المختص بالتأمين الصحي؟

نعم 94 (27%) لا 249 (73%)

7- هل ترى أن ما يتم دفعه مقابل الخدمة الصحية يوازي الخدمات المقدمة في نظام التأمين الصحي المدرسي؟

إلى حد كبير 50 (15%) إلى حد ما 174 (51%) لا 117 (34%)

8- عند مرض أحد أبنائك تتجه إلى:

عيادات التأمين الصحي 116 (34%) عيادات خاصة 227 (66%)

9- هل تتوفر الأدوية المطلوبة للعلاج في صيدليات التأمين الصحي؟

إلى حد كبير 41 (12%) إلى حد ما 179 (52%) لا تتوفر 22 (36%)

10-هل تشعر أن صحة أبنائك قد تحسنت بسبب نظام التأمين الصحي المدرسي؟

إلى حد كبير 32 (9%) إلى حد ما 151 (45%) لا يوجد فرق156 (46%)

11-هل تجد صعوبة في صرف أدوية التأمين الصحي؟

إلى حد كبير 76 (22%) إلى حد ما 136 (40%) لا أجد صعوبة 129 (38%)

12-هل الخدمات الصحية الموجودة بالتأمين الصحي جيدة؟

نعم 154 (45%) لا 188 (55%)

13-هل صادفتك أي مشكلة مع طبيب المدرسة؟

نعم 52 (15%) لا 290 (85%)

14-هل صادفتك أي مشكلة مع الأخصائي داخل المستشفى؟

نعم 138 (12%) لا 291 (88%)

15-هل تعتقد أن التأمين الصحي قد وفر من ميزانية الأسرة للعلاج؟

إلى حد كبير 51 (15%) إلى حد ما 167 (48%) لا 128 (37%)

16-هل تعتقد أن نظام التأمين الصحي المدرسي يحقق الفائدة المرجوة منه؟

بدرجة كبيرة 41 (12%) بدرجة متوسطة 149 (43%) لا 155 (45%)

17-هل ترى أن خدمات التأمين الصحي المدرسي على مر السنوات:

تتحسن 142 (41%) كما هي 135 (39%) تتدهور 70 (20%)

18-هل ترى أن خدمات التأمين الصحي المدرسي قد حسنت مستوى تحصيل الأبناء؟

إلى حد كبير 38 (11%) إلى حد ما 168 (49%) لا 137 (40%)

19-هل تعتقد أن تطبيق نظام التأمين الصحي المدرسي هو أحد الأسباب لإلحاق أحد أبنائك بالمدرسة؟

نعم 77 (37%) لا 264 (77%)

[2] تحليل نتائج استطلاع رأي أولياء الأمور:

بعد عرض نتائج استطلاع رأي أولياء الأمور حول نظام التأمين الصحي للطلاب يتم عرض تحليل لهذه النتائج في ضوء المحاور التالية:

1- طبيب المدرسة/ الزائرة الصحية

نسبة عالية إلى حد ما (45.5%) من أولياء الأمور سبق لهم التعامل مع طبيب المدرسة/ الزائرة الصحية (واتضح أن نسبة قليلة من أولياء الأمور (15% فقط) قد صادفت مشكلات عند التعامل مع طبيب المدرسة/ الزائرة الصحية) ولكن أقر 13% فقط من أولياء الأمور أنهم راضين إلى حد كبير عن الخدمة التي يقدمها طبيب المدرسة/ الزائرة الصحية ومن المشكلات الخاصة بطبيب المدرسة:

- عدم تواجد الطبيب في كثير من الأوقات

- عدد ساعات وجود الطبيب بالمدرسة قليلة جداً.
- المعاملة السيئة بعض الأحيان.
- رفض تحويل الطالب إلى المستشفي رغم مرضه.
- عدم الاهتمام الكاف بالطلاب.

2- مستشفيات / عيادات التأمين الصحي:

رغم أن 15% فقط من الطلاب مشتركين في خدمات تأمين صحي آخر إلى جانب التأمين الصحي المدرسي إلا أم 54% من الطلاب لم يسبق أن تم عرضهم على إحدى مستشفيات التأمين الصحي. أما أولياء الأمور الذين عرضوا أحد أبنائهم على إحدى مستشفيات التأمين الصحي فنسبة قليلة منهم (12%) صادفت مشكلات مع الأخصائي داخل المستشفي، ولكن نسبة قليلة من أولياء الأمور(19%) راضين إلى حد كبير عن الخدمة التي يقدمها طبيب المستشفي كما أقر 66% من أولياء الأمور (وهي نسبة عالية) أنهم يتجهون إلي العيادات الخاصة عن مرض أحد أبنائهم.

3- الأدوية المطلوبة للعلاج:

أما الأدوية المطلوبة للعلاج فقد أقر 36% من أولياء الأمور (وهي نسبة غير قليلة) أن هذه الأدوية لا تتوفر في صيدليات التأمين الصحي بينما 12% فقط من أولياء الأمور أقروا بتوفر الأدوية إلى حد كبير. هذا لما أقر 38% فقط من أولياء الأمور أنهم لا يجدون صعوبة في صرف أدوية التأمين الصحي.

4- فوائد التأمين الصحي:

أقر 46% من أولياء الأمور أن نظام التأمين الصحي لم يكن له تأثير ملحوظ على تحسين صحة الأبناء، كما أن 37% من أولياء الأمور يرون أن التأمين الصحي لم يوفر من ميزانية الأسرة للعلاج، وأن 40% من أولياء الأمور يرون أن خدمات التأمين الصحي المدرسي لم يحسن من مستوي تحصيل الأبناء، ولم يكن تطبيق نظام التأمين الصحي المدرسي أحد أسباب إلحاق أي من الأبناء بالمدرسة بالنسبة لـ 77% من أولياء الأمور وإن كان 23% من أولياء الأمور يختلفون في رأيهم ويعتقدون أن تطبيق نظام التأمين الصحي المدرسي كان أحد الأسباب لإلحاق أحد أبنائهم بالمدرسة.

5- تقييم أولياء الأمور لنظام التأمين الصحي المدرسي الحالي:

15% فقط من أولياء الأمور يرون أن ما يتم دفعه مقابل الخدمة الصحية يوازي الخدمات المقدمة في نظام التأمين الصحي المدرسي، و55% من أولياء الأمور يرون أن الخدمات الصحية الموجودة بالتأمين الصحي للطلاب غير جيدة، و45% يعتقدون أن نظام التأمين الصحي للطلاب لم يحقق الفائدة المرجوة منه، و41% فقط يرون أن خدمات التأمين الصحي للطلاب تتحسن على مر السنوات.

ومن الأسباب التي ذكرها أولياء الأمور الذين يرون أن الخدمات الصحية الموجودة بالتأمين الصحي للطلاب غير جيدة ما يلي:

- سوء المعاملة بعض الأحيان.
- مواعيد الكشف غير مناسبة.
- الدواء غالبا ما يكون غير مناسب للحالة المرضية.
- عدم توافر الأجهزة والمعدات اللازمة للكشف خاصة بالعيادة المدرسية.

[3] مقارنة استجابات أولياء الأمور باختلاف بعض المتغيرات:

1/3 باختلاف المستوى الاقتصادي لأولياء الأمور (منخفض/ مرتفع):

تشير النتائج المعروضة بجدول (4) إلى اتفاق آراء أولياء الأمور ذوي المستويات الاقتصادية المختلفة حول نظام التأمين الصحي للطلاب وخدماته كما سبق الإشارة إليها فيما عدا النقاط التالية:

1- عرض الأبناء على مستشفيات التأمين الصحي:

يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإقبال على مستشفيات التأمين الصحي بين ذوي المستويات الاقتصادية المختلفة حيث تتزايد نسبة عرض الأبناء على مستشفيات التأمين الصحي بانخفاض المستوى الاقتصادي لأولياء الأمور، وقد كانت النتائج كما يلي:

36.5% فقط من أولياء الأمور ذوي المستوى الاقتصادي المرتفع يقومون بعرض أبنائهم على مستشفيات التأمين الصحي، بينما النسب المقابلة لدى ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط بلغت 47%، ولدى ذوي المستوى الاقتصادي المنخفض بلغت 63%.

2-الاتجاه إلى عيادات خاصة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي المستويات الاقتصادية المختلفة في الاتجاه إلى عيادات التأمين الصحي مقابل الاتجاه إلى العيادات الطبية الخاصة. وقد اتضح أن الإقبال على عيادات التأمين الصحي للطلاب يزداد بانخفاض المستوى الاقتصادي لأولياء الأمور، وكانت النتائج كالآتي:

19% فقط من ذوي المستوى الاقتصادي المرتفع يتجهون إلى مستشفيات التأمين الصحي.
35% فقط من ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط يتجهون إلى مستشفيات التأمين الصحي.
57% فقط من ذوي المستوى الاقتصادي المنخفض يتجهون إلى مستشفيات التأمين الصحي.

3- تحسن صحة الأبناء بسبب التأمين الصحي المدرسي:

اختلفت استجابات أولياء الأمور اختلافات دالة إحصائياً باختلاف المستوى الاقتصادي للأسرة وذلك نحو تأثير التأمين الصحي على صحة الأبناء حيث اتجه ذوي المستوى الاقتصادي المرتفع إلى الاعتقاد بأن التأمين الصحي للطلاب لم يساهم في تحسين صحة الأبناء، هذا بينما اتجهت آراء أولياء الأمور ذوي المستوى الاقتصادي الأقل (متوسط، أو منخفض) بنسبة أعلى من ذوي المستوى الاقتصادي المرتفع إلى الموافقة على أن التأمين الصحي قد ساهم في تحسين صحة الأبناء.

4-إلحاق الأبناء بالمدرسة:

اختلفت آراء أولياء الأمور اختلافاً دال إحصائياً حيث كانت نسب الموافقة أعلى لدى الأسر ذوي المستويات الأقل اقتصادياً بالنسبة لأن نظام التأمين الصحي للطلاب كان أحد الأسباب لإلحاق أحد الأبناء بالمدرسة.

2/3 باختلاف الحالة التعليمية لأولياء الأمور (غير متعلم / تعليم متوسط / تعليم عالي)

تشير النتائج المعروضة بجدول (5) إلى اتفاق آراء أولياء الأمور ذوي الحالات التعليمية المختلفة حول نظام التأمين الصحي للطلاب وخدماته كما سبق الإشارة إليها عند تحليل نتائج استطلاع رأي أولياء الأمور فيما عدا النقاط التالية:

1-عرض الأبناء على مستشفيات التأمين الصحي:

يتضح من النتائج أن نسبة أولياء الأمور الذين يقومون بعرض أبنائهم على مستشفيات التأمين الصحي تنخفض بازدياد مستوى التعليم.

2-الخدمة التي يقدمها طبيب المستشفى:

يتضح من النتائج أن نسبة أعلى من أولياء الأمور ذوي المستوى التعليمي العالي غير راضية عن الخدمة التي يقدمه

3- الاتجاه إلى عيادات خاصة:

تشير النتائج إلى أن نسب من يتجهون إلى العيادات الخاصة عند مرض الأبناء أعلى بين أولياء الأمور ذوي المستوى التعليمي العالي.

4--تحسن صحة الأبناء:

تشير النتائج إلى أن نسبة أعلى من أولياء الأمور ذوي المستوى التعليمي المتوسط أو غير المتعلمين ترى أن صحة الأبناء قد تحسنت بسبب نظام التأمين الصحي للطلاب.

5--تحسن مستوى تحصيل الأبناء:

تشير النتائج إلى أن نسبة أعلى من أولياء الأمور ذوي المستوى التعليمي المتوسط أو غير المتعلمين ترى أن خدمات التأمين الصحي للطلاب قد حسنت من مستوى تحصيل الأبناء.

6-إلحاق الأبناء بالمدرسة:

يتضح من النتائج أن نسبة من يرون أن تطبيق نظام التأمين الصحي للطلاب هو أحد الأسباب لإلحاق أحد الأبناء بالمدرسة أعلى بين أولياء الأمور ذوي المستوى التعليمي المتوسط أو غير المتعلمين.

3/3 باختلاف نوع المحافظات (المحافظات الرئيسية الكبرى / المحافظات الإقليمية الصغرى):

تشير النتائج المعروضة في جدول (6) إلى وجود اتفاق في آراء أولياء الأمور من المحافظات المختلفة حول نظام التأمين الصحي للطلاب وخدماته، كما سبق الإشارة إليها في تحليل نتائج استطلاع رأي الطلاب فيما عدا النقاط التالية:

1-التعامل مع طبيب المدرسة:

يتضح من النتائج أن نسبة أولياء الأمور الذين مع طبيب المدرسة/الزائرة الصحية أكبر بين المحافظات الرئيسية الكبرى (القاهرة + الإسكندرية) عنها بين المحافظات الإقليمية الصغرى (الشرقية والقليوبية).

2-الرضا عن الخدمة المقدمة من طبيب المستشفى:

يتضح من النتائج أن نسبة عدم الرضا عن الخدمة المقدمة من طبيب المستشفى كانت أعلى بين أولياء أمور المحافظات الكبرى، بينما نسبة الرضا المتوسط كانت أعلى بين أولياء أمور المحافظات الإقليمية الصغرى.

3-تحقيق نظام التأمين الصحي للطلاب للفائدة المرجوة منه:

يوجد اختلاف في استجابات أولياء الأمور يرجع إلى اختلاف المحافظات (الرئيسية الكبرى / الإقليمية الصغرى) على النحو التالي:

- نسبة أعلى من أولياء الأمور الذين يعتقدون أن نظام التأمين الصحي للطلاب لم يحقق الفائدة المرجوة منه كانت في المحافظات الرئيسية الكبرى.
- نسبة أعلى من أولياء الأمور ترى أن هذا النظام قد حقق الفائدة بدرجة متوسطة كانت في المحافظات الإقليمية الصغرى.

4-تطور خدمات التأمين الصحي للطلاب:

اختلفت آراء أولياء الأمور اختلافا دال إحصائياً بحيث ازداد إحساس أولياء الأمور بتحسن خدمات التأمين الصحي للطلاب على مر السنوات وذلك في المحافظات الإقليمية الصغرى بينما بنسبة أعلى من أولياء الأمور بالمحافظات الرئيسية الكبرى يرون أن مستوى هذه الخدمات يتدهور.

5-تحسن مستوى تحصيل الأبناء:

يزداد إحساس أولياء الأمور بالمحافظات الإقليمية الصغرى بأن خدمات التأمين الصحي للطلاب قد حسنت من مستوى تحصيل الأبناء.

6- إلحاق الأبناء بالمدرسة:

تعتبر نسبة أعلى من أولياء الأمور بالمحافظات الإقليمية الصغرى أن تطبيق نظام التأمين الصحي للطلاب أحد الأسباب لإلحاق أحد الأبناء بالمدرسة.

مشكلات وعيوب التأمين الصحي للطلاب من وجهة نظر أولياء الأمور:

- عدم توافر الأدوية بصيدليات التأمين الصحي والمتوفر منها يكون قرب انتهاء الصلاحية.
- قلة الصيدليات المشتركة في التأمين الصحي.
- سوء معاملة بعض الأطباء والممرضات.
- عدم السماح بالإجازة رغم احتياج الطالب لها لمرضه.
- عدم وجود طبيب مختص وخبرة بشكل دائم.
- المواعيد غير مناسبة.
- عدم نظافة بعض الأماكن وعدم تعقيم الأجهزة الطبية.
- تأخر بعض الأطباء عن المواعيد والانتظار لفترات طويلة.
- الازدحام وتأجيل معظم الحالات لأيام تالية.
- عدم توفر التمريض الجيد.
- بعض الأجهزة والمستلزمات الطبية قديمة ولا تؤدي الغرض.
- أطباء التأمين الصحي هم نفس الأطباء في خارج التأمين الصحي ولكن يتعاملون مع الطلبة بطريقة افضل في عياداتهم الخاصة.
- بعد عيادات التأمين عن المناطق السكنية للطلبة في بعض المحافظات.
- صرف أدوية غير مناسبة في بعض الأحيان.
- الوساطة والمحسوبية في صرف الأدوية في بعض الأحيان.
- معظم أدوية التأمين الصحي مسكنات وأسبرين وهي أدوية لا تصلح لكل الحالات.
- عدم وجود الأخصائيين المتميزين بمستوى عال في مجالاتهم بل يوجد دائماً ممارس عام يقوم بعمل الأخصائي (في بعض المحافظات).
- يتم استدعاء أخصائيين من خارج المستشفى للكشف على حالات محولة للتأمين الصحي مما يدل على عدم توافر الأخصائيين.
- وجود بعض العوائق في دخول الطالبات مستشفيات التأمين الصحي في الأقاليم.

- الروتين وكثرة الإجراءات وتعقيدها عند دخول المستشفيات.
- عدم تواجد طبيب المدرسة بانتظام.
- عدم وجود توعية صحية كافية (الطلاب / أولياء الأمور).

مقترحات لضمان تحسين خدمات التأمين الصحي

- وجود أخصائي لمعظم الأمراض.
- تواجد الطبيب طوال اليوم فالمرض ليس له موعد محدد.
- أن يصرف للمريض الدواء المناسب مهما غلا ثمنه.
- أن ينبه على الصيدليات المشتركة في التأمين الصحي أن لا تتعلل بعدم وجود دواء معين وتعطي الدواء البديل.
- المعاملة الحسنة سواء من الطبيب أو الممرضة أو الصيدلي الذي يصرف الدواء لأنهم يعتبرون مرضى التأمين الصحي مواطنين من الدرجة الثانية.
- أن يحاسب أي مسئول يتوانى في تنفيذ ما هو صحيح وصح حتى يشعر الجميع بأنهم بشر ولهم حق الحياة السليمة.
- أن يتحمل التأمين الصحي حساب الأدوية بالكامل لأن الحالة الاقتصادية لأولياء الأمور لا تسمح بذلك.
- التشخيص السليم للمرض وصرف العلاج المناسب حتى لا تتكرر الزيارة وهذا يوفر الجهد والوقت للمرضى.
- توفير الأجهزة الحديثة والمكان المناسب للكشف من حيث النظافة والنظام والاهتمام.
- توافر الأطباء المتخصصين وخاصة في فترات اليوم الدراسي.
- سرعة وسهولة وعدم الازدحام والنظام في العيادات والمستشفيات الخاصة بالتأمين الصحي.
- زيادة عدد المستشفيات والعيادات الخاصة بالتأمين الصحي.
- توفير أماكن انتظار المرضى وأولياء الأمور بدل من انتظارهم خارج المبنى في الشارع أو الطرقات.

- إعطاء الأطباء دورات تدريبية باستمرار.
- لابد من عمل فحص دوري شامل على الطلاب بالمدارس.
- زيادة رواتب الأطباء لأنهم يعتبرون أن كشفهم على الطلاب عبارة عن شفقة وعطف منهم وإنه بدون مقابل لذلك لا يهتمون بهم.
- مراعاة الضمير ويحاسب الطبيب المقصر في أداء واجبه.
- الرقابة الكاملة على الأطباء والصيادلة من حيث التقصير وأداء عملهم.
- سرعة تسليم الطلاب الكارنيهات.
- استقبال المرضى من الطلاب بدون كارنيه لأن ذلك يعطل العمل.
- تحديث مستوى العلاج الموجود داخل المدرسة والارتقاء بذلك.
- تنفيذ نظام اليوم الكامل في الوحدات العلاجية للطلاب.
- عمل صيدليات للصرف خاصة بالتأمين الصحي فقط داخل الوحدات وتوفير الدواء المطلوب بها.
- المتابعة الجيدة وتواجد الأطباء يومياً وخصوصاً في الساعات المبكرة والمتأخرة من اليوم الدراسي.
- رفع مستوى طبيب المدرسة العلمي والمادي.
- توعية أولياء الأمور بالحفاظ على الأدوية التي يصرفها أبنائهم من التأمين الصحي.
- زيادة حملات التوعية الصحية للطلاب / أولياء الأمور.

جدول (4)

دلالة الفروق بين استجابات أولياء الأمور حول نظام التأمين الصحي للطلاب باختلاف المستوى الاقتصادي (منخفض / متوسط / فوق المتوسط)

1- هل يشترك أبنائك في أي خدمات تأمين صحي إلى جانب التأمين الصحي المدرسي؟

الاستجابة المستوى الاقتصادي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	8 (22.2%)	28 (77.8%)	4.51	غير دالة
متوسط	29 (12.3%)	206 (87.7%)		
فوق المتوسط	15 (20.5%)	58 (79.5%)		

2- هل سبق لك التعامل مع طبيب المدرسة التي بها أولادك؟

الاستجابة المستوى الاقتصادي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	12 (34.3%)	23 (65.7%)	2.014	غير دالة
متوسط	111 (47.0%)	125 (53.0%		
فوق المتوسط	33 (44.6%)	41 (55.4%)		

3- هل أنت راض عن الخدمة التي قدمها لك طبيب المدرسة؟

الاستجابة المستوى الاقتصادي	إلى حد كبير ك (%)	إلى حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	6 (17.1%)	14 (40.0%)	15 (42.9%)	2.97	غير دالة
متوسط	29 (13.2%)	119 (54.1%)	72 (32.7%)		
فوق المتوسط	10 (14.7%)	32 (47.1%)	26 (38.2%		

4- هل سبق وأن تم عرض أبنائك على إحدى مستشفيات التأمين الصحي؟

الاستجابة المستوى الاقتصادي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	22 (62.9%)	13 (37.1%)	6.73	دالة عند مستوى 0.035
متوسط	109 (46.6%)	125 (53.4%)		
فوق المتوسط	27 (36.5%)	47 (63.5%)		

5- هل أنت راض عن الخدمة التي قدمها لك طبيب المستشفي؟

الاستجابة المستوى الاقتصادي	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	9 (30.0%)	12 (40%)	9 (30.0%)	8.021	غير دالة
متوسط	38 (19%)	97 (48.5%)	65 (32.5%)		
فوق المتوسط	8 (13.3%)	22 (36.7%)	30 (50%)		

6- هل سبق وتعرض أحد أبنائك لمرض لم تجد له الطبيب المختص بالتأمين الصحي؟

الاستجابة المستوى الاقتصادي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	9 (26.5%)	25 (73.5%)	0.883	غير دالة
متوسط	67 (28.9%)	165 (71.1%)		
فوق المتوسط	16 (23.2%)	53 (76.8%)		

7- هل ترى أن ما يتم دفعة مقابل الخدمة الصحية يوازى الخدمات المقدمة في نظام التأمين الصحي المدرسي؟

الاستجابة المستوى الاقتصادي	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	8 (24.2%)	12 (36.4%)	13 (39.4%)	1.148	غير دالة
متوسط	31 (13.6%)	124 (54.4%)	73 (32.0%)		
فوق المتوسط	11 (15.5%)	36 (50.7%)	24 (33.8%)		

8- عند مرض أحد أبنائك تتجه إلى.

الاستجابة المستوى الاقتصادي	عيادات التأمين الصحي ك (%)	عيادات خاصة ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	20 (57.1%)	15 (42.9%)	15.249	دالة عند مستوى 0.000
متوسط	79 (34.8%)	148 (65.2%)		
فوق المتوسط	14 (19.4%)	58 (80.6%)		

9- هل تتوفر الأدوية المطلوبة للعلاج في صيدليات التأمين الصحي؟

الاستجابة المستوى الاقتصادي	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	لا تتوفر ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	5 (14.7%)	17 (50%)	12 (35.3%)	0.432	غير دالة
متوسط	26 (11.4%)	123 (53.7%)	80 (34.9%)		
فوق المتوسط	8 (11.3%)	37 (52.1%)	26 (36.6%)		

10- هل تشعر أن صحة أبنائك قد تحسنت بسب نظام التأمين الصحى المدرسى؟

الاستجابة المستوى الاقتصادي	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	لا يوجد فرق ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	6 (17.1%)	12 (34.3%)	17 (48.6%)	8.021	دالة عند مستوي 0.007
متوسط	20 (8.8%)	116 (50.9%)	92 (40.4%)		
فوق المتوسط	6 (8.8%)	20 (29.4%)	42 (61.8%)		

11- هل تجد صعوبة في صرف أدوية التأمين الصحي؟

الاستجابة المستوى الاقتصادي	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	لا أجد صعوبة ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	10 (28.6%)	9 (25.7%)	16 (45.7%)	6.43	غير دالة
متوسط	53 (23.2%)	90 (39.5%)	85 (37.3%)		
فوق المتوسط	11 (15.7%)	35 (50%)	24 (34.3%)		

12- هل الخدمات الصحية الموجودة بالتأمين الصحي جيده ؟

الاستجابة المستوى الاقتصادي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	15 (41.7%)	21 (58.3%)	0.226	غير دالة
متوسط	102 (45.1%)	124 (54.9%)		
فوق المتوسط	33 (46.5%)	38 (53.5%)		

13- هل صادفتك أي مشكلة مع طبيب المدرسة؟

الاستجابة المستوى الاقتصادي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	6 (17.6%)	28 (82.4%)	3.024	غير دالة
متوسط	37 (16.3%)	190 (83.7%)		
فوق المتوسط	6 (8.3%)	66 (91.7%)		

14- هل صادفتك أي مشكلة مع الأخصائي داخل المستشفي؟

الاستجابة المستوى الاقتصادي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	6 (17.6%)	28 (82.4%)	3.521	غير دالة
متوسط	27 (12.4%)	191 (87.6%)		
فوق المتوسط	4 (5.9%)	64 (94.1%)		

15- هل تعتقد أن التأمين الصحي قد وفر من ميزانية الأسرة للعلاج؟

الاستجابة المستوى الاقتصادي	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	7 (21.2%)	11 (33.3%)	15 (45.5%)	6.029	غير دالة
متوسط	35 (15.2%)	118 (51.1%)	78(33.8%)		
فوق المتوسط	7 (9.5%)	36 (48.6%)	31(41.9%)		

16- هل تعتقد أن نظام التأمين الصحي المدرسي يحقق الفائدة المرجوة منه؟

الاستجابة المستوى الاقتصادي	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	6 (17.6%)	12 (35.3%)	16 (47.1%)	7.512	غير دالة
متوسط	27 (11.7%)	107 (46.5%)	96(41.7%)		
فوق المتوسط	7 (9.7%)	26 (36.1%)	39(54.2%)		

17- هل ترى أن خدمات التأمين الصحي المدرسي على مر السنوات؟

الاستجابة المستوى الاقتصادي	تتحسن ك (%)	كما هي ك (%)	تتدهور ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	18 (50.0%)	10 (27.8%)	8 (22.2%)	6.029	غير دالة
متوسط	98 (42.2%)	86 (37.1%)	48(20.7%)		
فوق المتوسط	22 (31%)	37 (52.1%)	12(16.9%)		

18- هل ترى أن خدمات التأمين الصحي المدرسي قد حسنت مستوى تحصيل الأبناء؟

الاستجابة المستوى الاقتصادي	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	6 (16.7%)	16 (44.4%)	14 (38.9%)	4.076	غير دالة
متوسط	23 (10.1%)	119 (52.4%)	85(37.4%)		
فوق المتوسط	9 (12.7%)	29 (40.8%)	33(46.5%)		

19- هل تعتقد أن تطبيق نظام التأمين الصحي المدرسي أحد الأسباب لإلحاق أحد أبنائك بالمدرسة؟

الاستجابة المستوى الاقتصادي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	12 (33.3%)	24 (66.7%)	6.388	دالة عند مستوي 0.041
متوسط	54 (23.9%)	172 (76.1%)		
فوق المتوسط	9 (12.9%)	61 (87.1%)		

جدول (5)

دلالة الفروق بين استجابات أولياء الأمور حول نظام التأمين الصحي للطلاب باختلاف الحالة التعليمية (غير متعلم / تعليم متوسط / تعليم عالي)

1- هل يشترك أبنائك في أي خدمات تأمين صحي إلى جانب التأمين الصحي المدرسي؟

الاستجابة الحالة التعليمية	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
غير متعلم	4 (13.3%)	26 (86.7%)	3.816	غير دالة
تعليم متوسط	18 (11.4%)	140 (88.6%)		
تعليم عالي	31 (19.1%)	131 (80.9%)		

2- هل سبق لك التعامل مع طبيب المدرسة التي بها أولادك؟

الاستجابة الحالة التعليمية	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
غير متعلم	9 (31%)	20 (69%)	4.17	غير دالة
تعليم متوسط	68 (43%)	90 (57%)		
تعليم عالي	82 (50%)	82 (50%)		

3- هل أنت راض عن الخدمة التي قدمها لك طبيب المدرسة؟

الاستجابة الحالة التعليمية	إلى حد كبير ك (%)	إلى حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
غير متعلم	3 (10.3%)	16 (55.2%)	10 (34.5%)	2.61	غير دالة
تعليم متوسط	21 (14.4%)	81 (55.5%)	44 (30.1%)		
تعليم عالي	21 (13.6%)	74 (48.1%)	59(38.3%)		

4- هل سبق وأن تم عرض أبنائك على إحدى مستشفيات التأمين الصحي؟

الاستجابة الحالة التعليمية	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
غير متعلم	17 (56.7%)	13 (43.3%)	10.321	دالة عند مستوى 0.006
تعليم متوسط	84 (53.2%)	74 (46.8%)		
تعليم عالي	59 (36.6%)	102 (63.4%)		

5- هل أنت راض عن الخدمة التي قدمها لك طبيب المستشفي؟

الاستجابة الحالة التعليمية	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
غير متعلم	10 (35.7%)	13 (46.4%)	5 (17.9%)	15.46	دالة عند مستوى 0.004
تعليم متوسط	27 (19%)	73 (51.4%)	42 (29.6%)		
تعليم عالي	20 (16%)	47 (37.6%)	58 (46.4%)		

6- هل سبق وتعرض أحد أبنائك لمرض لم تجد له الطبيب المختص بالتأمين الصحي؟

الاستجابة الحالة التعليمية	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
غير متعلم	9 (29%)	22 (71%)	0.214	غير دالة
تعليم متوسط	44 (28.2%)	112 (71.8%)		
تعليم عالي	40 (26.1%)	113 (73.9%)		

7- هل ترى أن ما يتم دفعة مقابل الخدمة الصحية يوازي الخدمات المقدمة في نظام التأمين الصحي المدرسي؟

الاستجابة الحالة التعليمية	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
غير متعلم	4 (13.3%)	16 (53.3%)	10 (33.3%)	2.536	غير دالة
تعليم متوسط	23 (15.1%)	84 (55.3%)	45 (29.6%)		
تعليم عالي	23 (14.7%)	74 (47.4%)	59 (37.8%)		

8- عند مرض أحد أبنائك تتجه إلى.

الاستجابة الحالة التعليمية	عيادات التأمين الصحي ك (%)	عيادات خاصة ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
غير متعلم	21 (67.7%)	10 (32.3%)	20.721	دالة عند مستوي 0.000
تعليم متوسط	53 (34.6%)	100 (65.4%)		
تعليم عالي	40 (25.6%)	116 (74.4%)		

9- هل تتوفر الأدوية المطلوبة للعلاج في صيدليات التأمين الصحي؟

الاستجابة الحالة التعليمية	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	لا تتوفر ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
غير متعلم	6 (20%)	16 (53.3%)	8 (26.7%)	2.795	غير دالة
تعليم متوسط	18 (11.7%)	80 (51.9%)	56 (36.4%)		
تعليم عالي	16 (10.3%)	83 (53.2%)	57 (36.5%)		

10- هل تشعر أن صحة أبنائك قد تحسنت بسبب نظام التأمين الصحى المدرسى؟

الاستجابة الحالة التعليمية	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	لا يوجد فرق ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
غير متعلم	7 (23.3%)	11 (36.7%)	12 (40%)	11.643	دالة عند مستوي 0.020
تعليم متوسط	17 (10.9%)	74 (47.4%)	65 (41.7%)		
تعليم عالي	8 (5.3%)	65 (43.3%)	77 (51.3%)		

11- هل تجد صعوبة في صرف أدوية التأمين الصحي؟

الاستجابة الحالة التعليمية	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	لا أجد صعوبة ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
غير متعلم	8 (26.7%)	10 (33.3%)	12 (40%)	3.225	غير دالة
تعليم متوسط	30 (19.2%)	61 (39.1%)	65 (41.7%)		
تعليم عالي	37 (24.2%)	65 (42.5%)	51 (33.3%)		

12- هل الخدمات الصحية الموجودة بالتأمين الصحي جيده ؟

الاستجابة الحالة التعليمية	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
غير متعلم	14 (46.7%)	16 (53.3%)	2.48	غير دالة
تعليم متوسط	75 (49.3%)	77 (50.7%)		
تعليم عالي	64 (40.5%)	94 (59.5%)		

13- هل صادفتك أي مشكلة مع طبيب المدرسة؟

الاستجابة الحالة التعليمية	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
غير متعلم	4 (13.3%)	26 (86.7%)	0.281	غير دالة
تعليم متوسط	25 (16.1%)	130 (83.9%)		
تعليم عالي	22 (14.3%)	132 (85.7%)		

14- هل صادفتك أي مشكلة مع الأخصائي داخل المستشفي؟

الاستجابة الحالة التعليمية	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
غير متعلم	6 (20%)	24 (80%)	3.099	غير دالة
تعليم متوسط	18 (11.9%)	133 (88.1%)		
تعليم عالي	13 (9%)	132 (91%)		

15- هل تعتقد أن التأمين الصحي قد وفر من ميزانية الأسرة للعلاج؟

الاستجابة الحالة التعليمية	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
غير متعلم	7 (24.1%)	12 (41.4%)	10 (34.5%)	5.523	غير دالة
تعليم متوسط	23 (14.8%)	82 (52.9%)	50(32.3%)		
تعليم عالي	20 (12.5%)	73 (45.6%)	31(41.9%)		

16- هل تعتقد أن نظام التأمين الصحي المدرسي يحقق الفائدة المرجوة منه؟

الاستجابة الحالة التعليمية	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
غير متعلم	5 (16.7%)	14 (46.7%)	11 (36.7%)	1.673	غير دالة
تعليم متوسط	19 (12.3%)	67 (43.5%)	68(44.2%)		
تعليم عالي	17 (10.6%)	67 (41.9%)	76(47.5%)		

17- هل ترى أن خدمات التأمين الصحي المدرسي على مر السنوات؟

الاستجابة الحالة التعليمية	تتحسن ك (%)	كما هي ك (%)	تتدهور ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
غير متعلم	17 (54.8%)	10 (32.3%)	4 (12.9%)	6.318	غير دالة
تعليم متوسط	68 (43.9%)	54 (34.8%)	33(21.3%)		
تعليم عالي	56 (35.2%)	71 (44.7%)	32(20.1%)		

18- هل ترى أن خدمات التأمين الصحي المدرسي قد حسنت مستوى تحصيل الأبناء؟

الاستجابة الحالة التعليمية	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
غير متعلم	6 (20%)	16 (53.3%)	8 (26.7%)	23.72	دالة عند مستوي 0.000
تعليم متوسط	16 (10.5%)	92 (60.5%)	44(28.9%)		
تعليم عالي	16 (10.1%)	59 (37.1%)	84(52.8%)		

19- هل تعتقد أن تطبيق نظام التأمين الصحي المدرسي أحد الأسباب لإلحاق أحد أبنائك بالمدرسة؟

الاستجابة الحالة التعليمية	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
غير متعلم	8 (26.7%)	22 (73.3%)	9.313	دالة عند مستوي 0.010
تعليم متوسط	45 (29.6%)	107 (70.4%)		
تعليم عالي	24 (15.3%)	133 (84.7%)		

جدول (6)

دلالة الفروق بين استجابات أولياء الأمور حول نظام التأمين الصحي للطلاب باختلاف المحافظات(رئيسية كبري / إقليمية صغري)

1- هل يشترك أبنائك في أي خدمات تأمين صحي إلى جانب التأمين الصحي المدرسي؟

الاستجابة / المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	32 (14.7%)	186 (85.3%)	0.050	غير دالة
إقليمية صغري	21 (15.6%)	114 (84.4%)		

2- هل سبق لك التعامل مع طبيب المدرسة التي بها أولادك؟

الاستجابة / المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	115 (52.3%)	105 (47.7%)	10.814	دالة عند مستوى 0.001
إقليمية صغري	46 (34.3%)	88 (65.7%)		

3- هل أنت راض عن الخدمة التي قدمها لك طبيب المدرسة؟

الاستجابة / المحافظات	إلى حد كبير ك (%)	إلى حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	32 (15.7%)	103 (50.5%)	69 (33.8%)	2.053	غير دالة
إقليمية صغري	13 (10.2%)	69 (53.9%)	46 (35.9%)		

4- هل سبق وأن تم عرض أبنائك على إحدى مستشفيات التأمين الصحي؟

الاستجابة / المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	94 (43.5%)	122 (56.5%)	10.321	غير دالة
إقليمية صغري	68 (50%)	68 (50%)		

5- هل أنت راض عن الخدمة التى قدمها لك طبيب المستشفي؟

الاستجابة / المحافظات	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	39 (21.9%)	67 (37.6%)	72 (40.4%)	8.74	دالة عند مستوي 0.013
إقليمية صغري	19 (15.8%)	66 (55%)	35 (29.2%)		

6- هل سبق وتعرض أحد أبنائك لمرض لم تجد له الطبيب المختص بالتأمين الصحي؟

الاستجابة / المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	60 (28.2%)	153 (71.8%)	0.165	غير دالة
إقليمية صغري	34 (26.2%)	112 (73.8%)		

7- هل ترى أن ما يتم دفعة مقابل الخدمة الصحية يوازي الخدمات المقدمة في نظام التأمين الصــحي المدرسي؟

الاستجابة / المحافظات	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	32 (15.2%)	101 (48.1%)	77 (36.7%)	1.928	غير دالة
إقليمية صغري	18 (13.7%)	73 (55.7%)	40 (30.5%)		

8- عند مرض أحد أبنائك تتجه إلى:

الاستجابة / المحافظات	عيادات التأمين الصحي ك (%)	عيادات خاصة ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	71 (33.5%)	141 (66.5%)	0.000	غير دالة
إقليمية صغري	44 (33.6%)	87 (66.4%)		

9- هل تتوفر الأدوية المطلوبة للعلاج في صيدليات التأمين الصحي؟

الاستجابة / المحافظات	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	لا تتوفر ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	(%14.2) 30	(%50.7) 107	(%35.1) 74	2.62	غير دالة
إقليمية صغري	(%8.4) 11	(%55) 72	(%36.6) 48		

10- هل تشعر أن صحة أبنائك قد تحسنت بسبب نظام التأمين الصحى المدرسى؟

الاستجابة / المحافظات	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	لا يوجد فرق ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	(%9.1) 19	(%41.1) 86	(%49.8) 104	3.14	غير دالة
إقليمية صغري	(%10) 13	(%50) 65	(%40) 52		

11- هل تجد صعوبة في صرف أدوية التأمين الصحي؟

الاستجابة / المحافظات	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	لا أجد صعوبة ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	(%22.3) 47	(%37.9) 80	(%39.8) 84	1.111	غير دالة
إقليمية صغري	(%22.3) 29	(%43.1) 56	(%34.6) 45		

12- هل الخدمات الصحية الموجودة بالتأمين الصحي جيده ؟

الاستجابة / المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	(%43.5) 93	(%56.5) 121	0.570	غير دالة
تعليم متوسط	(%47.7) 61	(%52.3) 67		

13- هل صادفتك أي مشكلة مع طبيب المدرسة؟

المحافظات / الاستجابة	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	37 (17.8%)	171 (82.2%)	2.749	غير دالة
إقليمية صغري	15 (11.2%)	119 (88.8%)		

14- هل صادفتك أي مشكلة مع الأخصائي داخل المستشفي؟

المحافظات / الاستجابة	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	22 (11.1%)	176 (88.9%)	0.094	غير دالة
إقليمية صغري	16 (12.2%)	115 (87.8%)		

15- هل تعتقد أن التأمين الصحي قد وفر من ميزانية الأسرة للعلاج؟

المحافظات / الاستجابة	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	35 (16.3%)	101 (47%)	79 (36.7%)	1.118	غير دالة
إقليمية صغري	16 (12.2%)	66 (50.4%)	49(37.4%)		

16- هل تعتقد أن نظام التأمين الصحي المدرسي يحقق الفائدة المرجوة منه؟

المحافظات / الاستجابة	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	26 (12.1%)	81 (37.9%)	107 (50%)	6.979	دالة عند مستوي 0.031
إقليمية صغري	15 (11.5%)	68 (51.9%)	48(36.6%)		

17- هل ترى أن خدمات التأمين الصحي المدرسي على مر السنوات؟

المحافظات / الاستجابة	تتحسن ك (%)	كما هى ك (%)	تتدهور ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	80 (37.6%)	81 (38%)	52 (24.4%)	6.55	دالة عند مستوي 0.038
إقليمية صغري	62 (46.3%)	54 (40.3%)	18(13.4%)		

18- هل ترى أن خدمات التأمين الصحي المدرسي قد حسنت مستوى تحصيل الأبناء؟

المحافظات / الاستجابة	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	21 (9.8%)	94 (43.9%)	99 (46.3%)	9.481	دالة عند مستوي 0.009
إقليمية صغري	17 (13.2%)	74 (57.4%)	38(29.5%)		

19- هل تعتقد أن تطبيق نظام التأمين الصحي المدرسي أحد الأسباب لإلحـاق أحـد أبنائـك بالمدرسة؟

المحافظات / الاستجابة	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	37 (17.5%)	174 (82.5%)	8.058	دالة عند مستوي 0.005
إقليمية صغري	40 (30.8%)	90 (69.2%)		

ثالثاً: آراء طبيب المدرسة / الزائرة الصحيةحول نظام التأمين الصحي للطلاب:

سيتم عرض نتائج استطلاع رأي طبيب المدرسة / الزائرة الصحية حول نظام التأمين الصحي ثم يلي ذلك تحليل لهذه الآراء ثم يتم مقارنة آراء الأطباء والزائرات الصحيات باختلاف بعض المتغيرات.

[1] نتائج استطلاع رأي طبيب المدرسة / الزائرة الصحية في نظام التأمين الصحي للطلاب:

1- عدد أيام الحضور للمدرسة في الأسبوع :

2- 3 أيام 15%　　　كل أيام الأسبوع 85%

2- عدد ساعات العمل اليومي بالمدرسة:

2- 3 ساعات 21%　　　6 ساعات 79%

3- مدى مناسبة مدة الحضور للمدرسة:

إلى حد كبير 31 (72%)　　　إلى حد ما 11 (26%)　　　غير مناسب 1 (2%)

4- هل يوجد سجل طبي للطالب:

نعم 100%　　　لا -

5- هل هناك فحص طبي شامل للتلاميذ قبل الالتحاق بالمدرسة الابتدائية ؟

نعم 36 (86%)　　　لا 6 (14%)

6- هل هناك فحص طبي شامل للتلاميذ قبل بدء الدراسة كل عام؟

نعم 32 (74%)　　　لا 11 (26%)

7- هل هناك أمراض معينة لا يغطيها التأمين الصحي المدرسي؟

نعم 8 (19%)　　　لا 35 (81%)

8- هل تقوم بتوعية صحية للتلاميذ؟

نعم 42 (98%)　　　لا 1 (2%)

9- هل تقوم بتوعية صحية للمعلمين؟

نعم 31 (77%)　　　لا 9 (23%)

10- هل تقوم بتوعية صحية لأولياء الأمور؟

نعم 31 (74%)　　لا 11 (26%)

11- هل تعتقد أن أولياء الأمور على وعى بخدمات التأمين الصحي المدرسي ؟

نعم 34 (85%)　　لا 6 (15%)

12- هل تعتقد أن هناك بعض الأمراض التي تؤثر على مستوى التحصيل الدراسي للطلاب؟

نعم 34 (81%)　　لا 8 (19%)

13- هل هناك كشف دوري على التلاميذ لاكتشاف تلك الأمراض وعلاجها ؟

نعم 38 (93%)　　لا 3 (7%)

14- هل يغطى التأمين الصحي الحوادث التي يتعرض لها التلاميذ في غير أوقات الدراسة ؟

غالبا 31 (72%)　　أحيانا 11 (26%)　　لا 1 (2%)

15-هل توجد صيدلية صغيرة في حجرة الطبيب يمكنه صرف علاج سريع منها لبغض الأمراض؟

نعم 40 (93%)　　لا 3 (7%)

16- هل تعتقد أن بعض الطلاب يتمارضون للحصول على إجازة ؟

كثيرا 8 (19%)　　أحيانا 30 (70%)　　لا 5 (12%)

17- هل يتم أخذ رأى التلاميذ في الخدمات الصحية المقدمة من التأمين الصحي؟

غالبا 6 (14%)　　أحيانا 25 (58%)　　لا 12 (28%)

18- هل يتم أخذ رأى أولياء الأمور في الخدمات الصحية المقدمة من التأمين الصحي؟

غالبا 6 (14%)　　أحيانا 22 (52%)　　لا 15 (34%)

19- هل هناك مكان جيد مخصص للعيادة الطبية في المدرسة ؟

نعم 38 (88%)　　لا 5 (12%)

20- هل يوجد اتصال بينك وبين أولياء أمور التلاميذ ذوى الحالات المرضية الخاصة ؟

نعم (100%)　　لا (-)

21- هل الأجهزة والمستلزمات الطبية المتوافرة بالمدرسة تساعد الطبيب على تشخيص الحالات المرضية للطلاب؟

إلى حد كبير 21 (50%)　　إلى حد ما 20 (48%)　　إلى حد بسيط 1 (2%)

22- هل هناك برامج تدريب طبية؟

نعم 41 (98%)　　لا 1 (2%)

23- هل الإدمان من الحالات التي يتم تحويلها إلى مستشفى التأمين الصحي؟

نعم 25 (68%)　　لا 12 (32%)

24- هل تعتقد أن نظام التأمين الصحي في المدارس يحقق الهدف منه :

إلى حد كبير 29 (69%)　　إلى حد ما 12 (29%)　　إلى حد بسيط 1 (2%)

25- هل نظام التأمين الصحي الحالي أفضل من نظام الصحة المدرسية سابقا؟

نعم 37 (86%)　　لا 5 (12%)　　لا أدرى 1 (2%)

26- هل أنت راض عن عملك في المدارس؟

إلى حد كبير 33 (77%)　　إلى حد ما 9 (21%)　　لا 1 (2%)

27- هل تواجهك صعوبات مع الإدارة المدرسية؟

نعم 10 (23%)　　لا 33 (77%)

[2] تحليل نتائج آراء الطبيب المدرسي / الزائرة الصحية في نظام التأمين الصحي للطلاب:

الحضور للمدرسة:

يتضح من الاستجابات أن 15% من الأطباء والزائرات الصحيات يحضرون إلى المدارس من 2-3 أيام فقط، وأن 21% يتواجدون فقط من 2-3 ساعات يوميا، كما اتضح من زيارات المدارس أن هناك شكوى في بعض المدارس من عدم وجود طبيب لكل مدرسة. وبعض المدارس حتى الزائرة الصحية لا تتواجد بانتظام، وقد أقر 28% من الأطباء والزائرات الصحيات أن فترة تواجدهم بالمدارس غير مناسبة أو مناسبة إلى حد ما فقط.

فحص الطلاب:

أكد 86% من الأطباء / الزائرات الصحيات أنه يتم إجراء فحص طبي شامل للطلاب قبل الالتحاق بالمدرسة الابتدائية، ورغم ارتفاع هذه النسبة إلا أن 14% أقروا بأن هذا الفحص لا يتم. أما عن الفحص الطبي الشامل للطلاب قبل بدء الدراسة كل عام فقد أقر 26% من أفراد العينة أن هذا الفحص لا يتم وفي حقيقة الأمر أن الفحص الشامل لا يتم إلا في بداية كل مرحلة تعليمية ويبدو أن هناك بعض مدارس الجمهورية لا يصل إليها هذا الفحص.

السجل الطبي للطالب:

أكد 100% من الأطباء والزائرات الصحيات على وجود سجل طبي لكل طالب يشتمل على المعلومات التالية:

- اسم المدرسة.
- اسم الطالب.
- اسم ولي الأمر ووظيفته.
- رقم التأمين الصحي للطالب.
- عنوان الطالب.
- الوزن.
- الطول.
- حدة الإبصار.
- فحص الأسنان.
- التحصينات وتواريخها.
- الكشف الطبي الشامل ونتائجه.
- متابعة الأمراض المعدية والمزمنة.
- التفاصيل الكاملة عن الطالب: الأسرية والاقتصادية والاجتماعية.
- تواريخ التردد على العيادة المدرسية، تشخيص الحالة.
- العلاج الذي يصرف للطالب.
- الإسعافات التي تتم للطالب.
- التحويل إلى عيادات أو مستشفيات التأمين الصحي.
- المتابعة الدورية.
- الجماعات الصحية المشترك بها الطالب.

الأمراض التي لا يغطيها التأمين الصحي:

أقر 19% من الأطباء والزائرات الصحيات أن هناك أمراض لا يغطيها التأمين الصحي مثل:

- بعض الأمراض النفسية والعصبية.
- أمراض الغدد.
- بعض أمراض الأسنان (تقويم الأسنان).

كما أقر 72% أن التأمين الصحي غالباً ما يغطي الحوادث التي يتعرض لها الطلاب في غير أوقات الدراسة، أي إنه لا يغطي جميع الحوادث.

الخدمات الصحية:

أقر 98% من الأطباء والزائرات الصحيات أنهم يقومون بتوعية صحية للطلاب ومن أمثلة ذلك:

- جماعة الهلال الأحمر والصحة المدرسية.
- شرح بعض الأدوية الموجودة بالصيدلية.
- طرق الوقاية من الأمراض المعدية.
- أضرار التدخين.
- أهمية التغذية السليمة والإفطار.
- عدم شراء أي مأكولات من مصدر غير موثوق فيه.

وفي محافظة الإسكندرية التقت الباحثتان بمسئولة التثقيف الصحي بمقر الهيئة العامة للتأمين الصحي، ومرفق في نهاية البحث نسخة مقدمة من الدكتورة يسرية أحمد بسيوني مسئولة التثقيف الصحي تشمل جدول الأعمال وبعض موضوعات التثقيف الصحي.

كما أقر 77% من الأطباء والزائرات الصحيات أنهم يقومون بتوعية صحية للمعلمين، ومن أمثلة ذلك:

- إعطاءهم فكرة عن أعراض الأمراض المعدية والأمراض الجلدية.
- إذا ظهرت أي أعراض على بعض التلاميذ مثل ارتفاع درجة الحرارة أو ورم أو ظهور بثيرات فوق الجلد أو احمرار الجلد نقوم فوراً بعمل محاضرات للمعلمين للمساعدة في اكتشاف هذه الحالات.

كما أقر 74% من الأطباء والزائرات الصحيات أنهم يقومون بتوعية صحية لأولياء الأمور، ومن أمثلة ذلك:

- الأمراض المعدية وطرق الوقاية منها.
- النظافة الجيدة للتلميذ.
- إرشاد أولياء الأمور بالتوجه للعيادة المدرسية في الحالات التي تظهر على التلاميذ.
- إرشاد أولياء الأمور بأهمية التغذية السليمة وتأثير عدم التغذية على صحة التلاميذ والتحصيل الدراسي.

وأيضاً من الخدمات الصحية التي يقدمها طبيب المدرسة / الزائرة الصحية ما يلي:

- المرور على المدرسة لمعرفة مدى نظافة المدرسة.
- المرور على الطلاب أثناء الطابور لمتابعة الحالات المرضية.
- إجراء الكشف الطبي على الطلاب الذين يشعرون بالمرض.
- علاج الحالات الطارئة مثل القيء والإسهال والمغص وارتفاع درجة الحرارة والصداع.
- الإسعافات الأولية.
- تحويل الحالات المرضية الشديدة للمستشفيات.
- عمل الكارنيهات.
- التثقيف الصحي.
- عمل جماعات صحية بالمدرسة.
- التوعية بالنسبة للمأكولات والأمراض المنتشرة وطرق الوقاية منها.
- الفحص الشامل على المستجدين.
- التحصينات (التطعيمات).
- متابعة الحالات المرضية.

الأمراض التي تؤثر على التحصيل الدراسي للطلاب:

أقر 81% من الأطباء والزائرات الصحيات أن هناك بعض الأمراض التي تؤثر على التحصيل الدراسي للطلاب، ومن أمثلة هذه الأمراض:

- الأنيميا.
- مرض السكر.
- الأمراض النفسية والعصبية.
- ضعف الإبصار.
- الحمى الروماتيزمية.
- الصرع.
- أمراض الكبد.
- أمراض القلب.
- الإصابة بالديدان المعوية.

وقد أقر 93% من الأطباء والزائرات الصحيات أن هناك كشف دوري على الطلاب لاكتشاف هذه الأمراض وعلاجها.

العيادة المدرسية:

أقر 12% من الأطباء والزائرات الصحيات أنه لا يوجد مكان جيد مخصص للعيادة الطبية في المدارس، ورغم أن هذه النسبة قليلة إلا أن وجود مكان جيد مخصص للعيادة الطبية في المدرسة هو على درجة عالية من الأهمية.

هذا وقد أقر 50% فقط من الأطباء والزائرات الصحيات أن الأجهزة والمستلزمات الطبية المتوافرة بالمدرسة تساعد الطبيب على تشخيص الحالات المرضية للطلاب إلى حد كبير.

وقد أقر 93% من الأطباء والزائرات الصحيات بوجود صيدلية صغيرة في حجرة الطبيب يمكنه صرف علاج سريع منها لبعض الأمراض. وبالنسبة للأجهزة والمستلزمات الطبية المتوافرة في العيادة الطبية فهي:

1- سماعة ومقص وجفت ومشارط.
2- جهاز ضغط.
3- ميزان.
4- سرير كشف.
5- أدوية إسعافات أولية.
6- خافض لسان.
7- قطن وشاش للغيار ومراهم وبلاستر ومطهرات.
8- عربة الغيار.
9- غلاية.
10-صيدلية صغيرة بها أدوية طوارئ.

هذا وقد اقر 19% من الأطباء والزائرات الصحيات أن بعض الطلاب كثيراً ما يتمارضون للحصول على إجازة.

وقد ذكر 32% من الأطباء والزائرات الصحيات أن الإدمان من الحالات التي لا يتم تحويلها إلى مستشفيات التأمين الصحي.

رأي الطلاب وأولياء الأمور:

أقر 14% فقط من الأطباء والزائرات الصحيات أنه غالباً ما يتم أخذ آراء الطلاب/أولياء الأمور في الخدمات الصحية المقدمة للطلاب من التأمين الصحي، وهي نسبة قليلة جداً رغم أهمية هذه الآراء لتطوير والارتقاء بمستوى الخدمات الصحية التي يقدمها التأمين

الصحي للطلاب. ولكن 100% من الأطباء والزائرات الصحيات أقروا بوجود اتصال بينهم وبين أولياء أمور الطلاب ذوي الحالات المرضية الخاصة.

العمل في التأمين الصحي:

أقر 77% من الأطباء والزائرات الصحيات برضاهم إلى حد كبير عن عملهم في المدارس، كما أقر 23% فقط بأنهم تواجههم صعوبات إلى حد ما مع الإدارة المدرسية، ورغم أن هذه النسب مبشرة ولكن الأمل بأن يزداد رضا الأطباء والزائرات الصحيات عن عملهم بالمدارس وأن تقل نسبة من يواجهون صعوبات مع الإدارة المدرسية.

تقييم نظام التأمين الصحي للطلاب:

أقر 69% فقط من الأطباء والزائرات الصحيات بأن نظام التأمين الصحي للطلاب يحقق الهدف منه إلى حد كبير والأمل أن يستطيع هذا النظام تحقيق كل الفوائد المرجوة منه إلى حد كبير في المستقبل، وقد أقر 86% أن النظام الحالي للتأمين الصحي للطلاب أفضل من نظام الصحة المدرسية سابقا، ومن أسباب ذلك:

- زيادة الخدمات العلاجية المقدمة مثل النظارات الطبية والعمليات الجراحية.
- تخفيف العبء على أولياء الأمور الخاصة بالعلاج وبعض الأدوية.
- وجود عيادة طبية بكل مدرسة يتواجد بها طبيب أو زائرة صحية.

التدريبات الطبية:

أقر 98% من الأطباء والزائرات الصحيات بأن هناك برامج تدريبية طبية للأطباء والزائرات الصحيات وأن الجهات التي تنظم هذه البرامج التدريبية هي:

- فروع هيئة التأمين الصحي.
- المستشفيات.
- شركات الأدوية.
- وزارة الصحة.

أما الموضوعات التي يرى الأطباء والزائرات الصحيات أن تتضمنها برامج التدريب في المستقبل فهي:

- الإدمان.
- التدخين.
- التلوث.
- الأمراض المعدية.

- الطرق الحديثة لتشخيص الأمراض. - الطرق الحديثة لعلاج الأمراض.
- التثقيف الصحي.

[3] مقارنة استجابات أطباء المدارس والزائرات الصحيات باختلاف بعض المتغيرات:

1- اختلاف نوع المستجيب (طبيب مدرسة / زائرة صحية):

يتضح من النتائج المعروضة في جدول (7) أنه يوجد اتفاق في استجابات أطباء المدارس والزائرات الصحيات حول نظام التأمين الصحي للطلاب كما سبق الإشارة إليها في تحليل النتائج فيما عدا النقطتين التاليتين:

- التوعية الصحية للمعلمين: حيث تشير النتائج إلى أن الأطباء يقومون بهذه التوعية أكثر من الزائرات الصحيات.
- مواجهة صعوبات مع الإدارة المدرسية: حيث تشير النتائج إلى أن الأطباء يواجهون صعوبات مع الإدارة المدرسية أكثر من الزائرات الصحيات.

2- اختلاف المستوى الاقتصادي الاجتماعي لطلاب المدرسة (منخفض / مرتفع):

يتضح من النتائج المعروضة في جدول (8) أنه يوجد اتفاق في استجابات أطباء المدارس والزائرات الصحيات حول نظام التأمين الصحي للطلاب رغم اختلاف المستويات الاقتصادية لطلاب المدارس كما سبق الإشارة إلى تحليل النتائج فيما عدا النقاط التالية:

- الفحص الطبي الشامل للطلاب قبل الالتحاق بالمدرسة الابتدائية: حيث تشير النتائج إلى أن هذا يتم بنسبة أكبر في المدارس ذات المستويات الاقتصادية الأعلى.
- مدى تغطية التأمين الصحي للحوادث التي يتعرض لها الطلاب في غير أوقات الدراسة: حيث تشير النتائج إلى أن هذه التغطية تتم بنسبة أعلى لدى المستويات المنخفضة.
- هل الأجهزة والمستلزمات الطبية المتوافرة بالمدرسة تساعد الطبيب على تشخيص الحالات المرضية للطلاب؟ حيث تشير النتائج إلى أن المدارس ذات المستويات المنخفضة تتوفر فيها هذه الأجهزة بنسبة أعلى.

3- اختلاف المحافظات (القاهرة / الشرقية والقليوبية / الإسكندرية):

يتضح من النتائج المعروضة في جدول (9) أنه وجد اتفاق في آراء أطباء المدارس والزائرات الصحيات من المحافظات المختلفة حول نظام التأمين الصحي للطلاب فيما عدا النقاط التالية:

- الفحص الطبي الشامل للتلاميذ قبل بدء الدراسة كل عام: حيث تشير النتائج إلى أن هذا الكشف يتم بنسب متفاوتة في المحافظات المختلفة مرتبة من الأعلى إلى الأقل (الإسكندرية – الشرقية والقليوبية – القاهرة).
- وجود صيدلية صغيرة في حجرة الطبيب في المدرسة: حيث تشير النتائج إلى توافر هذه الصيدليات 100% في مدارس القاهرة والإسكندرية وتوافرها بنسب أقل (70%) في مدارس الشرقية والقليوبية.

مشكلات وسلبيات التأمين الصحي للطلاب من وجهة نظر الطبيب المدرسي / الزائرة الصحية:

- عدم وجود إمكانيات كافية ببعض العيادات المدرسية.
- ازدحام بعض المدارس وعدم مطابقتها للمواصفات.
- الدورات التدريبية للطبيب المدرسي / الزائرة الصحية غير كافية.
- نظام الربط الثابت للمدارس على وحدات صحية أو مستشفيات معينة للتأمين الصحي لا تترك للطالب المريض حرية اختيار جهة العلاج.
- عدم وجود وسائل نقل لتزويد المدارس بالأدوية والمستلزمات الطبية.
- تقليل وتحجيم مسئولية طبيب المدرسة من حيث حصر الأدوية المتاحة له وكتابتها في التذاكر الطبية بأنواع معينة قد لا تؤدي الغرض المطلوب من الشفاء الكامل.
- فقدان ثقة كثير من أولياء الأمور في مصداقية العلاج بالتأمين الصحي.
- عدم وجود عمال كفاية لنظافة عيادات التأمين الصحي بالمدارس.
- انخفاض المستوى العلمي لطبيب المدرسة وذلك لعدم احتكاكه بالزملاء الأطباء في المستشفيات.
- عدم وجود ممرضات لمساعدة طبيب المدرسة ومعاونته في أداء مهمته.
- الإجراءات الطويلة لتحويل الطلاب للمستشفيات من عيادة المدرسة.

مقترحات لتحسين خدمة التأمين الصحي للطلاب من وجهة نظر طبيب المدرسة / الزائرة الصحية:

- توفير حجرات ملائمة للعيادات المدرسية.
- توفير عمال لنظافة العيادات المدرسية.
- زيادة الاهتمام بالتثقيف الصحي للطلاب / المعلمين / أولياء الأمور.

- توفير بعض الأدوية في العيادات المدرسية.
- إعطاء طبيب المدرسة بعض السلطات الإدارية مثل التثقيف الصحي (للطلاب / أولياء الأمور / المعلمين).
- تزويد المدارس بالممرضات.
- تدريب الأطباء بصفة دورية لتحسين المستوى العلمي.
- زيادة ميزانية التأمين الصحي.
- زيادة قيمة اشتراك التأمين الصحي.
- مساهمة الطالب المريض في تكلفة علاجه بدلاً من صرف أدوية محدودة ونتائجها غير جيدة.
- زيادة عدد مستشفيات التأمين الصحي للطلاب.
- توفير طبيب وزائرة صحية لكل مدرسة.

جدول (7)

دلالة الفرق بين استجابات أطباء المدارس والزائرات الصحيات حول نظام التأمين الصحي للطلاب باختلاف نوع المستجيب (طبيب المدرسة / زائرة صحية)

1- من وجهة نظر سيادتكم هل تعتبر مدة حضوركم للمدرسة مناسبة: :

الاستجابة / نوع المستجيب	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	غير مناسب ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
طبيب	17 (81%)	3 (14.3%)	1 (4.8%)	2.890	غير دالة
زائرة صحية	14 (66.7%)	7 (33.3%)			

2-هل يوجد سجل طبي للطالب :

الاستجابة / نوع المستجيب	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
طبيب	21 (100%)		1.024	غير دالة
زائرة صحية	20 (95.2%)	1 (4.8%)		

3- هل هناك فحص طبي شامل للتلاميذ قبل الالتحاق بالمدرسة الابتدائية ؟

الاستجابة / نوع المستجيب	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
طبيب	20 (95.2%)	1(4.8%)	2.221	غير دالة
زائرة صحية	16 (80%)	4 (20%)		

4- هل هناك فحص طبي شامل للتلاميذ قبل بدء الدراسة كل عام؟

الاستجابة / نوع المستجيب	نعم ك (%)	لا ك (%)	لا أعلم ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
طبيب	18 (85.7%)	3 (14.3%)		2.500	غير دالة
زائرة صحية	14 (66.7%)	6 (28.6%)	1(4.8%)		

5- هل هناك أمراض معينة لا يغطيها التأمين الصحي المدرسي؟

الاستجابة نوع المستجيب	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
طبيب	4 (19%)	17(81%)	0.000	غير دالة
زائرة صحية	4 (19%)	17(81%)		

6- هل تقوم بتوعية صحية للتلاميذ؟

الاستجابة نوع المستجيب	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
طبيب	20 (95.2%)	1(4.8%)	0.024	غير دالة
زائرة صحية	21(100%)	17(81%)		

7- هل تقوم بتوعية صحية للتلاميذ للمعلمين ؟

الاستجابة نوع المستجيب	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
طبيب	18 (90%)	2(10%)	3.955	دالة عند مستوي0.047
زائرة صحية	12(63.2)	7(36.8%)		

8- هل تقوم بتوعية صحية للتلاميذ لأولياء الأمور؟

الاستجابة نوع المستجيب	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
طبيب	15 (71.4%)	6(29%)	0.143	غير دالة
زائرة صحية	16(76.2%)	5(24%)		

9- هل تعتقد أن أولياء الأمور على وعى بخدمات التأمين الصحي المدرسي ؟

الاستجابة نوع المستجيب	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
طبيب	14 (77.8%)	4(22%)	1.201	غير دالة
زائرة صحية	19(90.5%)	2(9.5%)		

10- هل تعتقد أن هناك بعض الأمراض التي تؤثر على مستوى التحصيل الدراسي للطلاب؟

الاستجابة نوع المستجيب	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
طبيب	18 (85.7%)	3(14%)	2.500	غير دالة
زائرة صحية	14(66.7%)	7(33%)		

11- هل هناك كشف دوري على التلاميذ لاكتشاف تلك الأمراض وعلاجها ؟

الاستجابة نوع المستجيب	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
طبيب	18 (%85.7)	3(%14.3)	2.934	غير دالة
زائرة صحية	19(%100)			

12- هل يغطى التأمين الصحي الحوادث التي يتعرض لها التلاميذ في غير أوقات الدراسة ؟

الاستجابة نوع المستجيب	غالبا ك (%)	أحيانا ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
طبيب	15 (%71.4)	6 (%28.6)		1.091	غير دالة
زائرة صحية	15 (%71.4)	5 (%23.8)	1(%4.8)		

13- هل توجد صيدلية صغيرة في حجرة الطبيب يمكنه صرف علاج سريع منها لبعض الأمراض؟

الاستجابة نوع المستجيب	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
طبيب	19 (%90.5)	2 (%9.5)	0.359	غير دالة
زائرة صحية	20(%95.2)	1(%5)		

14- هل تعتقد أن بعض الطلاب يتمارضون للحصول على أجازة ؟

الاستجابة نوع المستجيب	كثيراً ك (%)	أحيانا ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
طبيب	2 (%9.5)	17 (%81)	2(%9.5)	3.062	غير دالة
زائرة صحية	6 (%28.6)	12 (%57.1)	3(%14.3)		

15- هل يتم أخذ رأى التلاميذ في الخدمات الصحية المقدمة من التأمين الصحي؟

الاستجابة نوع المستجيب	كثيراً ك (%)	أحيانا ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
طبيب	3 (%14.3)	11 (%52.4)	7(%33.3)	0.500	غير دالة
زائرة صحية	3 (%14.3)	13 (%61.9)	5(%32.8)		

16- هل يتم أخذ أولياء الأمور في الخدمات الصحية المقدمة من التأمين الصحي؟

الاستجابة نوع المستجيب	كثيراً ك (%)	أحيانا ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
طبيب	3 (15%)	10 (50%)	7(35%)	0.234	غير دالة
زائرة صحية	3 (14.3%)	12 (57.1%)	6(28.6%)		

17- هل هناك مكان جيد مخصص للعيادة الطبية في المدرسة ؟

الاستجابة نوع المستجيب	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
طبيب	18 (85.7%)	3 (14.3%)	0.227	غير دالة
زائرة صحية	19(90.5%)	2(9.5%)		

18- هل يوجد اتصال بينك وبين أولياء أمور التلاميذ ذوى الحالات المرضية الخاصة ؟

الاستجابة نوع المستجيب	نعم ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
طبيب	21 (100%)	0.0	لا يوجد فرق
زائرة صحية	21 (100%)		

19-هل الأجهزة والمستلزمات الطبية المتوافرة بالمدرسة تساعد الطبيب على تشخيص الحالات المرضية للطلاب؟

الاستجابة نوع المستجيب	كثيراً ك (%)	أحيانا ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
طبيب	10 (47.6%)	11 (52.4%)		1.248	غير دالة
زائرة صحية	11 (52.4%)	9 (42.9%)	1(4.8%)		

20- هل هناك برامج تدريب طبية؟

الاستجابة نوع المستجيب	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
طبيب	20(95.2%)	1(4.8%)	1.024	غير دالة
زائرة صحية	21(100%)			

21- هل الإدمان من الحالات التي يتم تحويلها إلى مستشفى التأمين الصحي ؟

الاستجابة نوع المستجيب	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
طبيب	14 (70%)	6 (30%)	0.225	غير دالة
زائرة صحية	10 (62.5%)	6 (37.5%)		

22- هل تعتقد أن نظام التأمين الصحي في المدارس يحقق الهدف منه

الاستجابة نوع المستجيب	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
طبيب	14 (70%)	5 (25%)	1(5%)	1.310	غير دالة
زائرة صحية	14 (66.7%)	7 (33.3%)			

23- هل نظام التأمين الصحي الحالي أفضل من نظام الصحة المدرسية سابقا

الاستجابة نوع المستجيب	نعم ك (%)	لا ك (%)	لا أدري ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
طبيب	18 (85.7%)	3 (14.3%)		1.200	غير دالة
زائرة صحية	18 (85.7%)	2 (9.5%)	1(4.8%)		

24- هل أنت راض عن عملك في المدارس :

الاستجابة نوع المستجيب	نعم ك (%)	لا ك (%)	لا أدري ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
طبيب	15 (71.4%)	5 (23.8%)	1(4.8%)	1.236	غير دالة
زائرة صحية	17 (81%)	4 (19%)			

25- هل تواجهك صعوبات مع الإدارة المدرسية؟

الاستجابة نوع المستجيب	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
طبيب	8 (38.1%)	13 (61.9%)	0.225	دالة عند مستوي 4.725
زائرة صحية	2 (9.5%)	19 (90.5%)		

جدول (8)
دلالة الفرق بين استجابات أطباء المدارس والزائرات الصحيات
حول نظام التأمين الصحي للطلاب باختلاف
مستوي طلاب المدرسة (منخفض / مرتفع)

1- من وجهة نظر سيادتكم هل تعتبر مدة حضوركم للمدرسة مناسبة: :

الاستجابة / المستوي	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	14 (87.5%)	2 (12.5%)		4.376	غير دالة
مرتفع	13 (56.5%)	9 (39.1%)	1 (4.3%)		

2-هل يوجد سجل طبي للطالب :

الاستجابة / المستوي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	16 (100%)		0.714	غير دالة
مرتفع	22 (95.7%)	1 (4.3%)		

3- هل هناك فحص طبي شامل للتلاميذ قبل الالتحاق بالمدرسة الابتدائية ؟

الاستجابة / المستوي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	11 (73.3%)	4(27%)	3.958	دالة عند مستوي 0.047
مرتفع	22 (95.7%)	1 (4.3%)		

4- هل هناك فحص طبي شامل للتلاميذ قبل بدء الدراسة كل عام؟

الاستجابة / المستوي	نعم ك (%)	لا ك (%)	لا أعلم ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	12 (75%)	4 (25%)		0.741	غير دالة
مرتفع	17 (73.9%)	5 (21.7%)	1 (4.3%)		

5- هل هناك أمراض معينة لا يغطيها التأمين الصحي المدرسي ؟

الاستجابة المستوي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	(%6.3) 1	(%93.8)15	3.385	غير دالة
مرتفع	(%30.4) 7	(%69.6)16		

6- هل تقوم بتوعية صحية للتلاميذ؟

الاستجابة المستوي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	(%95.2) 16		0.741	غير دالة
مرتفع	(%95.7)22	(%4.3) 1		

7- هل تقوم بتوعية صحية للتلاميذ للمعلمين ؟

لاستجابة المستوي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	(%73.3) 11	(%26.7)4	0.856	غير دالة
مرتفع	(85.7)18	(%14.3)3		

8- هل تقوم بتوعية صحية لأولياء الأمور؟

الاستجابة المستوي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	(%81.3) 13	(%18.8)3	1.467	غير دالة
مرتفع	(%73.9)17	(%26)6		

9- هل تعتقد أن أولياء الأمور على وعى بخدمات التأمين الصحي المدرسي ؟

الاستجابة المستوي	نعم ك (%)	لا ك (%)	لا أعلم ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	(%81.3) 14		(%6.7) 1	3.223	غير دالة
مرتفع	(%76.2)16	(%19)4	(%4.8) 1		

10- هل تعتقد أن هناك بعض الأمراض التي تؤثر على مستوى التحصيل الدراسي للطلاب؟

الاستجابة المستوي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	(%80) 12	(%20)3	0.017	غير دالة
مرتفع	(%78.3)18	(%22) 5		

11- هل هناك كشف دوري على التلاميذ لاكتشاف تلك الأمراض وعلاجها ؟

الاستجابة / المستوي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	(%93.3) 14	(%6.7)1	0.051	غير دالة
مرتفع	(%91.3)21	(%8.7) 2		

12- هل يغطى التأمين الصحي الحوادث التي يتعرض لها التلاميذ في غير أوقات الدراسة ؟

الاستجابة / المستوي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	(%93.8) 15	(%6.3) 1	5.350	دالة عند مستوي 0.021
مرتفع	(%60.9) 14	(%39.1) 9		

13- هل توجد صيدلية صغيرة في حجرة الطبيب يمكنه صرف علاج سريع منها لبعض الأمراض؟

الاستجابة / المستوي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	(%100) 16		2.261	غير دالة
مرتفع	(%87)20	(%13)3		

14- هل تعتقد أن بعض الطلاب يتمارضون للحصول على أجازة ؟

الاستجابة / المستوي	كثيراً ك (%)	أحيانا ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	(%12.5) 2	(%81.3) 13	(%6.3)1	2.628	غير دالة
مرتفع	(%26.1) 6	(%56.5) 13	(%17.4)4		

15- هل يتم أخذ رأى التلاميذ في الخدمات الصحية المقدمة من التأمين الصحي؟

لاستجابة / المستوي	كثيراً ك (%)	أحيانا ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	(%12.5) 2	(%56.3) 9	(%31.3)5	0.178	غير دالة
مرتفع	(%17.4) 4	(%52.2) 12	(%30.4)7		

16- هل يتم أخذ أولياء الأمور في الخدمات الصحية المقدمة من التأمين الصحي؟

الاستجابة المستوي	كثيراً ك (%)	أحيانا ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	2 (%12.5)	9 (%56.3)	5(%31.3)	0.476	غير دالة
مرتفع	4 (%18.2)	10 (%45.5)	8(%36.4)		

17- هل هناك مكان جيد مخصص للعيادة الطبية في المدرسة ؟

الاستجابة المستوي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	13 (%81.3)	3 (%18.8)	2.126	غير دالة
مرتفع	22(%95.7)	1(%4.3)		

18- هل يوجد اتصال بينك وبين أولياء أمور التلاميذ ذوى الحالات المرضية الخاصة ؟

الاستجابة المستوي	نعم ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	16 (%100)	0.0	لا يوجد فرق
مرتفع	23 (%100)		

19-هل الأجهزة والمستلزمات الطبية المتوافرة بالمدرسة تساعد الطبيب على تشخيص الحالات المرضية للطلاب؟

الاستجابة المستوي	إلى حد كبير ك (%)	إلى حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	12 (%80)	2 (%13.3)	1 (%6.7)	10.523	دالة عند مستوي 0.005
مرتفع	8 (%34.8)	15 (%65.2)			

20- هل هناك برامج تدريب طبية؟

الاستجابة المستوي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	15(%100)		0.670	غير دالة
مرتفع	22(%95.7)	1(%4.3)		

21-هل الإدمان من الحالات التي يتم تحويلها إلى مستشفى التأمين الصحي ؟

المستوي / الاستجابة	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	11 (73.3%)	4 (26.7%)	0.097	غير دالة
مرتفع	13 (68.4%)	6 (31.6%)		

22- هل تعتقد أن نظام التأمين الصحي في المدارس يحقق الهدف منه

المستوي / الاستجابة	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	14 (87.5%)	2 (12.5%)		2.903	غير دالة
مرتفع	14 (63.6%)	7 (31.8%)	1(4.5%)		

23- هل نظام التأمين الصحي الحالي أفضل من نظام الصحة المدرسية سابقا

المستوي / الاستجابة	نعم ك (%)	لا ك (%)	لا أدري ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	14 (87.5%)	1(6.3%)	1(6.3%)	2.378	غير دالة
مرتفع	19 (82.6%)	4 (17.4%)			

24- هل أنت راض عن عملك في المدارس :

المستوي / الاستجابة	إلى حد كبير ك (%)	إلى حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	14 (87.5%)	2 (12.5%)		1.364	غير دالة
مرتفع	17 (73.9%)	5 (21.7%)	1(4.3%)		

25-هل تواجهك صعوبات مع الإدارة المدرسية؟

المستوي / الاستجابة	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	3 (18.8%)	13 (81.3%)	0.286	غير دالة
مرتفع	6 (26.1%)	17 (73.9%)		

جدول (9)

دلالة الفرق بين استجابات أطباء المدارس والزائرات الصحيات حول نظام التأمين الصحي للطلاب باختلاف المحافظات (القاهرة / الشرقية والقليوبية/ الإسكندرية)

1- من وجهة نظر سيادتكم هل تعتبر مدة حضوركم للمدرسة مناسبة: :

الاستجابة / المحافظات	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	غير مناسب ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
القاهرة	11 (55%)	8 (40%)	1(5%)	6.158	غير دالة
الشرقية والقليوبية	8 (80%)	2 (20%)			
الإسكندرية	12(92.3%)	1(7.7%)			

2- هل يوجد سجل طبي للطالب :

الاستجابة / المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
القاهرة	20 (100%)		3.379	غير دالة
الشرقية والقليوبية	9 (90%)	1 (10%)		
الإسكندرية	13 (100%)			

3- هل هناك فحص طبي شامل للتلاميذ قبل الالتحاق بالمدرسة الابتدائية ؟

الاستجابة / المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	لا أدري ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
القاهرة	17 (85%)	2(10%)	1 (5%)	4.480	غير دالة
الشرقية والقليوبية	10 (100%)	1 (4.3%)			
الإسكندرية	9 (75%)	3 (25%)			

4- هل هناك فحص طبي شامل للتلاميذ قبل بدء الدراسة كل عام؟

الاستجابة / المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	لا أدري ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
القاهرة	11 (55%)	9 (45%)		12.944	دالة عند مستوي 0.012
الشرقية والقليوبية	9 (90%)		1 (10%)		
الإسكندرية	12 (92.3%)	1 (7.7%)			

5-- هل هناك أمراض معينة لا يغطيها التأمين الصحي المدرسي ؟

الاستجابة المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
القاهرة	6 (%30)	(%70)14	4.699	غير دالة
الشرقية والقليوبية	2 (%20)	(%80)8		
الإسكندرية		(%100)13		

6- هل تقوم بتوعية صحية للتلاميذ؟

لاستجابة المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
القاهرة	(%100) 20		3.379	غير دالة
الشرقية والقليوبية	(%90)9	(%10) 1		
الإسكندرية	(%100)13			

7- هل تقوم بتوعية صحية للتلاميذ للمعلمين ؟

الاستجابة المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
القاهرة	(%72.2) 13	(%27.8)5	1.991	غير دالة
الشرقية والقليوبية	(%70)7	(%30)3		
الإسكندرية	(%91.7)11	(%8.3)1		

8- هل تقوم بتوعية صحية لأولياء الأمور؟

الاستجابة المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
القاهرة	(%80) 16	(%20)4	1.467	غير دالة
الشرقية والقليوبية	(%60)6	(%40)4		
الإسكندرية	(%76.9)10	(%23.1)3		

9- هل تعتقد أن أولياء الأمور على وعى بخدمات التأمين الصحي المدرسي ؟

لاستجابة المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	لا أعلم ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
القاهرة	(%88.2) 15	(%11.8)2		4.259	غير دالة
الشرقية والقليوبية	(%70)7	(%20) 2	(%10)1		
الإسكندرية	(%92.3)12		(%7.7)1		

10- هل تعتقد أن هناك بعض الأمراض التي تؤثر على مستوى التحصيل الدراسي للطلاب؟

الاستجابة / المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
القاهرة	17 (89.5%)	2 (10.5%)	8.934	غير دالة
الشرقية والقليوبية	6 (60%)	2 (20%)		
الإسكندرية	9 (69.2%)	4 (30.8%)		

11- هل هناك كشف دوري على التلاميذ لاكتشاف تلك الأمراض وعلاجها ؟

الاستجابة / المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
القاهرة	19 (95%)	1 (5%)	0.316	غير دالة
الشرقية والقليوبية	9 (90%)	1 (10%)		
الإسكندرية	10 (90.9%)	1 (9.1%)		

12- هل يغطى التأمين الصحي الحوادث التي يتعرض لها التلاميذ في غير أوقات الدراسة ؟

الاستجابة / المحافظات	غالبا ك (%)	أحياناً ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
القاهرة	14 (70%)	6 (30%)		7.318	غير دالة
الشرقية والقليوبية	5 (50%)	4 (40%)	1 (10%)		
الإسكندرية	12 (92.3%)	1 (7.7%)			

13- هل توجد صيدلية صغيرة في حجرة الطبيب يمكنه صرف علاج سريع منها لبعض الأمراض؟

لاستجابة / المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
القاهرة	20 (100%)		10.643	دالة عند مستوي 0.005
الشرقية والقليوبية	7 (70%)	3 (30%)		
الإسكندرية	13 (100%)			

14- هل تعتقد أن بعض الطلاب يتمارضون للحصول على إجازة؟

الاستجابة / المحافظات	غالبا ك (%)	أحيانا ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
القاهرة	6 (30%)	13 (65%)	1 (5%)	5.086	غير دالة
الشرقية والقليوبية	1 (10%)	8 (80%)	1 (10%)		
الإسكندرية	1 (7.7%)	9 (69.2%)	3 (23.1%)		

15- هل يتم أخذ رأى التلاميذ في الخدمات الصحية المقدمة من التأمين الصحي؟

الاستجابة المحافظات	كثيراً ك (%)	أحيانا ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
القاهرة		13 (%65)	7(%35)	7.448	غير دالة
الشرقية والقليوبية	3(%30)	6 (%60)	1(%10)		
الإسكندرية	3(%23.1)	6(%46.2)	4(%30.8)		

16- هل يتم أخذ أولياء الأمور في الخدمات الصحية المقدمة من التأمين الصحي؟

الاستجابة المحافظات	كثيراً ك (%)	أحيانا ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
القاهرة		13 (%68.4)	6(%31.6)	7.672	غير دالة
الشرقية والقليوبية	2 (%20)	5 (%50)	3(%30)		
الإسكندرية	4(%30.8)	4(%30.8)	5(%38.5)		

17- هل هناك مكان جيد مخصص للعيادة الطبية في المدرسة ؟

الاستجابة المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
القاهرة	18 (%90)	2 (%10)	0.256	غير دالة
الشرقية والقليوبية	9(%90)	1(%10)		
الإسكندرية	11(%84.6)	2(%15.4)		

18- هل يوجد اتصال بينك وبين أولياء أمور التلاميذ ذوى الحالات المرضية الخاصة ؟

الاستجابة المحافظات	نعم ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
القاهرة	20 (%100)	0.0	لا يوجد فرق
الشرقية والقليوبية	10 (%100)		
الإسكندرية	13 (%100)		

19-هل الأجهزة والمستلزمات الطبية المتوافرة بالمدرسة تساعد الطبيب على تشخيص الحالات المرضية للطلاب؟

الاستجابة المحافظات	إلى حد كبير ك (%)	إلى حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
القاهرة	10 (52.6%)	9 (47.4%)		3.047	غير دالة
الشرقية والقليوبية	4 (40%)	6 (60%)			
الإسكندرية	7 (53.8%)	5 (38.5%)	1 (7.7%)		

20- هل هناك برامج تدريب طبية؟

الاستجابة المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
القاهرة		19(100%)	0.670	غير دالة
الشرقية والقليوبية	1(10%)	9(90%)		
الإسكندرية		13(100%)		

21-هل الإدمان من الحالات التي يتم تحويلها إلى مستشفى التأمين الصحي ؟

الاستجابة المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
القاهرة	15 (83.3%)	3 (16.7%)	4.499	غير دالة
الشرقية والقليوبية	4 (44.4%)	5 (55.6%)		
الإسكندرية	6 (60%)	4 (40%)		

22- هل تعتقد أن نظام التأمين الصحي في المدارس يحقق الهدف منه

الاستجابة المحافظات	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
القاهرة	14 (70%)	5 (25%)	1(5%)	1.293	غير دالة
الشرقية والقليوبية	6 (66.7%)	3 (33.3%)			
الإسكندرية	9(69.2%)	4(30.8%)			

23- هل نظام التأمين الصحي الحالي أفضل من نظام الصحة المدرسية سابقا

الاستجابة المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	لا أدري ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
القاهرة	15 (75%)	4(20%)	1(5%)	4.261	غير دالة
الشرقية والقليوبية	10 (100%)				
الإسكندرية	12(92.3%)	1 (7.7%)			

24- هل أنت راض عن عملك في المدارس :

الاستجابة المحافظات	إلى حد كبير ك (%)	إلى حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
القاهرة	15 (75%)	4 (20%)	1(5%)	2.663	غير دالة
الشرقية والقليوبية	9 (90%)	1 (10%)			
الإسكندرية	9(69.2%)	4(30.8%)			

25-هل تواجهك صعوبات مع الإدارة المدرسية؟

الاستجابة المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
القاهرة	4 (20%)	16 (80%)	0.374	غير دالة
الشرقية والقليوبية	3 (30%)	7 (70%)		
الإسكندرية	3 (23.1%)	10 (76.9%)		

رابعاً: آراء السادة الأطباء بعيادات ومستشفيات التأمين الصحي حول نظام التأمين الصحي للطلاب:

يتم فيما يلي عرض نتائج استطلاع آراء السادة الأطباء بعيادات ومستشفيات التأمين الصحي حول نظام التأمين الصحي للطلاب، ثم يتم تحليل هذه النتائج يلي ذلك مقارنة استجابات الأطباء باختلاف بعض المتغيرات.

[1] نتائج استطلاع رأي الأطباء بعيادات ومستشفيات التأمين الصحي:

1-هل ساعد نظام التأمين الصحي على تحسين الحالة الصحية للتلاميذ؟

إلى حد كبير 66 (69%) إلى حد ما 30 (31%) لا 0

2-هل يتمارض بعض التلاميذ للحصول على إجازة؟

غالباً 3 (3%) أحياناً 59 (64%) لا 31 (33%).

3-هل إمكانيات المستشفيات تسمح بتقديم خدمات جيدة للطلاب؟

- من حيث تخصصات الأطباء: نعم 42 (89%) لا 5 (11%).
- من حيث عدد الأطباء: نعم 34 (74% لا 12 (26%).
- من حيث عدد الممرضات: نعم 35 (76%)لا 11 (24%).
- من حيث الأجهزة والمستلزمات الطبية: نعم 32 (73%) لا 12 (27%).
- من حيث عدد الأسرة: نعم 25 (62%)لا 16 (38%).

4-هل إمكانيات العيادات تسمح بتقديم خدمات جيدة للطلاب؟

- من حيث تخصصات الأطباء: نعم 46 (98%) لا 1 (2%).
- من حيث عدد الأطباء: نعم 38 (81%) لا 9 (19%).
- من حيث عدد الممرضات: نعم 34 (77%) لا 10 (23%).
- من حيث الأجهزة والمستلزمات: نعم 29 (63%) لا 17 (37%).

5-مستوى الإجراءات اللازمة لعلاج الطلاب بالمستشفى:

بسيط 27 (64%) معقد 15 (36%).

6-مستوى الإجراءات اللازمة لعلاج الطلاب بالعيادات:

بسيط 39 (81%) معقد 9 (36%).

7-مستوى الخدمات الطبية التي تقدمها المستشفى للطلاب:

جيد 37 (79%) متوسط 10 (21%) أقل من المتوسط 0

8-مستوى الخدمات الطبية التي تقدمها العيادات للطلاب:

جيد 34 (69%) متوسط 15 (31%).

9-هل تتوافر الأدوية التي يكتبها طبيب التأمين الصحي في صيدليات التأمين الصحي؟

غالباً 58 (60%) أحياناً 33 (35%) نادراً 5 (5%).

10-هل هناك أدوية لا يغطيها التأمين الصحي للطلاب؟

نعم 50 (54%) لا 42 (46%).

11-هل يقوم التأمين الصحي بتغطية الأمراض المزمنة مثل (الكبد الوبائي، الدرن، الصرع) والتي تحتاج إلى علاج لفترات طويلة؟

إلى حد كبير 62 (72%) إلى حد ما 23 (27%) لا 1 (1%).

12-هل هناك أمراض تؤثر على مستوى التحصيل الدراسي للطلاب؟

نعم 84 (89%) لا 10 (11%)

13-هل هناك إجراءات يتخذها التأمين الصحي للوقاية من هذه الأمراض أو تشخيصها أو علاجها؟

نعم 69 (84%) لا 14 (16%).

14-هل هناك إجراءات يتخذها التأمين الصحي على مر السنوات:

تتحسن 54 (57%) كما هي 31 (33%) تتدهور 10 (10%).

15-هل تعتقد أن الخصخصة ستؤدي بخدمات التأمين الصحي إلى:

التحسن 39 (43%) التدهور 8 (9%) لا أدري 43 (48%).

16-هل تعتقد أن نظام التأمين الصحي للطلاب قد حقق الفائدة المرجوة منه؟

إلى حد كبير 45 (47%) إلى حد ما 39 (41%) إلى حد بسيط 12 (12%).

[2] تحليل آراء الأطباء بعيادات ومستشفيات التأمين الصحي:

سيتم تحليل آراء الأطباء بعيادات ومستشفيات التأمين الصحي حول نظام التأمين الصحي للطلاب في ضوء المحاور التالية:

1- إمكانيات المستشفيات:

يتضح من النتائج أن إمكانيات المستشفيات تسمح بتقديم خدمات جيدة للطلاب كما يلي:

- من حيث تخصصات الأطباء 89%.
- من حيث عدد الأطباء 74%.

- من حيث عدد الممرضات 76%.
- من حيث الأجهزة والمستلزمات الطبية 73%.
- من حيث عدد الأسرة 62%.

مما يدل على وجود قصور في بعض الإمكانيات التي يجب توفيرها حتى تسمح بتقديم خدمات جيدة للطلاب مثل عدد الأسرة وعدد الممرضات وعدد الأطباء.

2- إمكانيات العيادات:

يتضح من النتائج أن إمكانيات العيادات تسمح بتقديم خدمات جيدة للطلاب كما يلي:

- من حيث تخصصات الأطباء 98%.
- من حيث عدد الأطباء 81%.
- من حيث عدد الممرضات 77%.
- من حيث الأجهزة والمستلزمات الطبية 63%.

مما يدل على الاحتياج إلى زيادة عدد الممرضات وتوفير الأجهزة والمستلزمات الطبية التي تسمح بتقديم خدمات جيدة للطلاب.

3- الخدمة الصحية بالمستشفيات:

أقر 79% من أطباء المستشفيات (وهي نسبة عالية أن مستوى الخدمات الطبية التي تقدمها المستشفيات للطلبة جيد، بينما أقر 21% أن مستوى الخدمة متوسط .. هذا، كما أقر 36% من الأطباء أن مستوى الإجراءات اللازمة لعلاج الطلاب بالمستشفى معقدة.

4- الخدمة الصحية بالعيادات:

أقر 69% من أطباء العيادات أن مستوى الخدمات الطبية التي تقدمها العيادات جيد بينما أقر 31% بأن مستوى الخدمات متوسط فقط، أما عن الإجراءات اللازمة لعلاج الطلاب بالعيادات فهي بسيطة من وجهة نظر 81% من أطباء العيادات.

5- الأدويـــة:

أقر 54% من الأطباء (وهي نسبة عالية إلى حد ما) أن هناك أدوية لا يغطيها التأمين الصحي للطلاب، كما أقر 60% فقط من الأطباء بأن الأدوية التي يكتبها طبيب التأمين الصحي غالباً ما تتوافر في صيدليات التأمين الصحي.

6- الأمراض التي يتعرض لها الطلاب:

أقر 89% من الأطباء أن هناك أمراض تؤثر على مستوى التحصيل الدراسي للطلاب، وأقر 84% من الأطباء أن هناك إجراءات يتخذها التأمين الصحي للوقاية من هذه الأمراض أو تشخيصها وعلاجها، ولكن هناك 16% من الأطباء يرون أن التأمين الصحي لا يتخذ الإجراءات الكافية للوقاية من هذه الأمراض. وذكر 27% من الأطباء أن تغطية التأمين الصحي للأمراض المزمنة غير كافية.

7- تقييم نظام التأمين الصحي للطلاب:

أقر 33% من الأطباء أن خدمات التأمين الصحي على مر السنوات كما هي، كما أقر 10% من الأطباء أن هذه الخدمات تتدهور، وقد أقر 43% من الأطباء أنهم يعتقدون أن الخصخصة ستؤدي بخدمات التأمين الصحي إلى التحسن. هذا ويرى 47% فقط من الأطباء أن نظام التأمين الصحي للطلاب قد حقق الفائدة المرجوة منه إلى حد كبير.

[3] الفروق بين استجابات الأطباء:

1- باختلاف المحافظات [رئيسية كبرى (القاهرة + الإسكندرية) / إقليمية صغرى (الشرقية + القليوبية)]:

يتضح من النتائج المعروضة في جدول (10) وجود اتفاق بين آراء أطباء المحافظات المختلفة حول نظام التأمين الصحي للطلاب كما سبق الإشارة إليها في تحليل نتائج آراء الأطباء فيما عدا النقطتين التاليتين:

- إمكانيات العيادات والمستشفيات من حيث تخصصات الأطباء: حيث تشير النتائج إلى أن هذه الإمكانيات تسمح بتقديم خدمات جيدة للطلاب في المحافظات الرئيسية الكبرى أكثر من المحافظات الإقليمية الصغرى مما يعني وجود قصور في تخصصات الأطباء في المحافظات الإقليمية الصغرى.
- خصخصة خدمات التأمين الصحي: حيث تشير النتائج إلى أن نسبة أعلى من أطباء المحافظات الكبرى يرون أن خصخصة خدمات التأمين الصحي للطلاب ستؤدي إلى تحسن هذه الخدمات، بينما نسبة أعلى من أطباء المحافظات الإقليمية الصغرى يرون أن الخصخصة ستؤدي إلى تدهور هذه الخدمات.

2- **باختلاف المستوى الاقتصادي الاجتماعي للمنطقة السكنية التي تتواجد بها المستشفى/العيادة (منخفض / مرتفع):**

تشير النتائج المعروضة في جدول (11) إلى عدم وجود اختلاف في آراء الأطباء يرجـع إلى المستوى الاقتصادي الاجتماعي حول نظام التأمين الصحي للطلاب أي أن آرائهم متفقة على ما جاء في تحليل نتائج استطلاع رأي الأطباء كما سبق الإشارة إلي فيما عدا النقطة التالية:

- إمكانيات العيادات / المستشفيات من حيث عدد الممرضات: حيث تشير النتائج إلى وجـود قصور في عدد الممرضات في الأماكن ذات المستوى المرتفع.

3- **باختلاف سنوات خبرة الطبيب (1-5 سنوات / أكثر من 5 سنوات):**

تشير النتائج المعروضة في جدول (12) إلى اتفاق آراء الأطباء ذوي سنـوات الخبـرة 1-5 سنوات، وذوي سنوات الخبرة الأكثر حول نظام التأمين الصحي للطلاب كما سبق الإشارة إليه في تحليل نتائج آراء الأطباء فيما عدا النقطة التالية:

- إمكانيات العيادات / المستشفيات من حيث تخصصات الأطباء: حيث تشير النتائج إلى نسبة أعلى من الأطباء ذوي الخبرة الأقل يرون أن هناك قصور في تخصصات الأطبـاء فـي العيادات ومستشفيات التأمين الصحي.

مشكلات وسلبيات التأمين الصحي للطلاب من وجهة نظر أطباء عيادات ومستشفيات التـأمين الصحي:

- عدم سداد اشتراكات التأمين الصحي.
- تمارض بعض التلاميذ للحصول على إجازات.
- القيود المفروضة على صرف الأدوية أو عدم توافرها بعض الأحيان.
- عدم السماح للطبيب بالعيادة بكتابة أدوية إلا بعد الرجوع للأخصائي.
- قلة عدد الأطباء بالنسبة لكثرة عدد المترددين على العيادات.
- وجود أدوية في صيدليات التأمين الصحي غير فعالة.
- عدم توافر الأدوية البديلة.
- التعقيد في علاج بعض الحالات الحرجة.
- الحاجة إلى دورات تدريبية متقدمة للأطباء.

- عدم الأخذ برأي الطبيب في بعض الحالات من حيث احتياج الطالب المريض إلى علاج معين أو أدوية معينة أو عدم الاحتياج.
- عدم وجود أخصائيين واستشاريين متفرغين.
- عدم وجود إمكانيات ومستلزمات طبية كافية بالعيادات.
- القصور في عدد الممرضات وكفائتهن.
- سوء إدارة بعض العيادات / المستشفيات.
- بعض الإجراءات الروتينية المعوقة.
- عدم صبر بعض أولياء الأمور عند اصطحاب أبنائهم للعيادات / المستشفيات.
- قصور خدمات التأمين الصحي في بعض المناطق الريفية والنائية.
- النظام جيد ولكن مطلوب الجدية في تنفيذ اللوائح والقوانين.

مقترحات أطباء عيادات ومستشفيات التأمين الصحي لتحسين خدمات التأمين الصحي للطلاب:

- الالتزام بسداد اشتراكات التأمين الصحي.
- تخفيض الرسوم على التذكرة العلاجية للطلاب.
- دفع المريض قيمة (ثلث) ثمن الأدوية فقط سواء كانت طارئة أو مزمنة.
- توفير الأدوية الأصلية في صيدليات التأمين الصحي.
- التأكد من فعالية أدوية صيدليات التأمين الصحي.
- الاهتمام بالعيادات من حيث المكان والتجهيزات.
- زيادة أعداد الممرضات ورفع كفائتهن.
- إعداد دورات تدريبية للممرضات والأطباء لرفع المستوى العلمي لهم.
- الجدية والالتزام لجميع العاملين بالعيادات والمستشفيات.
- اكتشاف الحالات المرضية مبكراً.
- تسهيل وتبسيط الإجراءات للكشف على الطلاب في عيادات أو مستشفيات التأمين الصحي.
- توصيل خدمات التأمين الصحي للطلاب إلى كل الأقاليم والمناطق الريفية وزيادة الموجود منها.
- الجدية في تنفيذ اللوائح والقوانين الخاصة بالتأمين الصحي للطلاب والبعد عن الروتين.

جدول (10)

دلالة الفرق بين استجابات الأطباء بعيادات ومستشفيات التأمين الصحي باختلاف المحافظات (رئيسية كبري / إقليمية صغري)

1- هل تعتقد أن نظام التأمين الصحي قد ساعد على تحسين الحالة الصحية للتلاميذ؟

الاستجابة / المحافظات	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	49 (72%)	19 (28%)	1.188	غير دالة
إقليمية صغري	17 (61%)	11 (39%)		

2- هل تعتقد أن بعض التلاميذ يتمارضون للحصول على إجازة ؟

الاستجابة / المحافظات	غالباً ك (%)	أحياناً ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	2 (3%)	43 (66%)	20(31%)	0.691	غير دالة
إقليمية صغري	1 (4%)	16 (57%)	11(39%)		

- هل إمكانيات المستشفى تسمح بتقديم خدمات جيدة للطلاب ؟

3- من حيث تخصصات الأطباء :

الاستجابة / المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	65 (97%)	2 (3%)	4.507	دالة عند مستوي 0.034
إقليمية صغري	23 (85%)	4 (15%)		

4- من حيث عدد الأطباء:

الاستجابة / المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	50 (76%)	16 (24%)	0.359	غير دالة
إقليمية صغري	22 (82%)	5 (19%)		

5- من حيث عدد الممرضات :

الاستجابة المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	46 (72%)	18 (28%)	2.843	غير دالة
إقليمية صغري	23 (89%)	3 (12%)		

6- من حيث الأجهزة والمستلزمات الطبية :

الاستجابة المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	44 (70%)	19 (30%)	0.409	غير دالة
إقليمية صغري	17 (63%)	10 (37%)		

7- من حيث عدد الأسرة:

الاستجابة المحافظات	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	32 (63%)	19 (37%)	0.680	غير دالة
إقليمية صغري	16 (73%)	6 (27%)		

8- هل تعتقد أن الإجراءات اللازمة لعلاج الطلاب؟

الاستجابة المحافظات	معقدة ك (%)	بسيطة ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	15 (42%)	47 (76%)	0.623	غير دالة
إقليمية صغري	9 (32%)	19 (68%)		

9- هل تعتقد أن الخدمات الطبية التي تقدمها المستشفي للطلاب ؟

الاستجابة المحافظات	جيدة ك (%)	متوسطة ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	52 (77%)	16 (24%)	0.664	غير دالة
إقليمية صغري	19 (68%)	9 (32%)		

10- هل تتوافر الأدوية التي يكتبها طبيب التأمين الصحي في صيدليات التأمين الصحي ؟

الاستجابة المحافظات	غالبا ك (%)	أحيانا ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	38 (56%)	28 (41%)	2 (3%)	4.964	غير دالة
إقليمية صغري	19 (68%)	6 (21%)	3(11%)		

11- هل هناك أدوية لا يعطيها التأمين الصحي للطلاب؟

المحافظات / الاستجابة	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	33 (51%)	32 (49%)	0.175	غير دالة
إقليمية صغري	15 (56%)	12 (44%)		

12- هل يقوم التأمين الصحي بتغطية الأمراض المزمنة مثل (الكبد الوبائي، الدرن، الصرع) والتي تحتاج إلى علاج لفترات طويلة؟

المحافظات / الاستجابة	إلى حد كبير ك (%)	إلى حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	44 (73%)	15 (25%)	1 (1%)	0.601	غير دالة
إقليمية صغري	18 (69%)	8 (31%)			

13- هل هناك أمراض تؤثر على مستوى التحصيل الدراسي للطلاب؟

المحافظات / الاستجابة	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	62 (93%)	5 (8%)	2.474	غير دالة
إقليمية صغري	22 (82%)	5 (19%)		

14- هل هناك إجراءات يتخذها التأمين الصحي للوقاية من هذه الأمـراض أو تشخيصـها أو علاجها؟

المحافظات / الاستجابة	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	47 (80%)	12 (20%)	1.754	غير دالة
إقليمية صغري	22 (92%)	2 (8%)		

15- هل ترى أن خدمات التأمين الصحي على مر السنوات؟

المحافظات / الاستجابة	تتحسن ك (%)	كما هي ك (%)	تتدهور ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	38 (56%)	23 (34%)	7 (10%)	0.155	غير دالة
إقليمية صغري	16 (59%)	8 (30%)	3(11%)		

16- هل تعتقد أن الخصخصة ستؤدى بخدمات التأمين الصحي إلى؟

الاستجابة المحافظات	التحسن ك (%)	التدهور ك (%)	لا أدري ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	29 (45%)	1 (2%)	34 (53%)	14.904	دالة عند مستوي0.001
إقليمية صغري	10 (39%)	7 (27%)	9(35%)		

17- هل تعتقد أن نظام التأمين الصحي المدرسي قد حقق الفائدة المرجوة منه؟

الاستجابة المحافظات	إلى حد كبير ك (%)	إلى حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
رئيسية كبري	28 (41%)	31 (46%)	9 (13%)	3.130	غير دالة
إقليمية صغري	17 (61%)	8 (29%)	3(11%)		

جدول (11)
دلالة الفرق بين استجابات الأطباء بعيادات ومستشفيات التأمين الصحي باختلاف المستوي الاقتصادي (منخفض / مرتفع)

1- هل تعتقد أن نظام التأمين الصحي قد ساعد على تحسين الحالة الصحية للتلاميذ؟

الاستجابة المستوي الاقتصادي	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	21 (%66)	11 (%34)	0.644	غير دالة
مرتفع	29 (%74)	10 (%26)		

2- هل تعتقد أن بعض التلاميذ يتمارضون للحصول على إجازة ؟

الاستجابة المستوي الاقتصادي	غالباً ك (%)	أحياناً ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	2 (%7)	17 (%57)	11(%37)	0.765	غير دالة
مرتفع	1 (%3)	24 (%63)	13(%34)		

- هل إمكانيات المستشفى تسمح بتقديم خدمات جيدة للطلاب ؟

3- من حيث تخصصات الأطباء :

الاستجابة المستوي الاقتصادي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	29 (%91)	3 (%9)	0.484	غير دالة
مرتفع	37 (%95)	2 (%5)		

4- من حيث عدد الأطباء:

الاستجابة المستوي الاقتصادي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	24 (%77)	7 (%23)	0.978	غير دالة
مرتفع	26 (%67)	13 (%33)		

5- من حيث عدد الممرضات :

المستوى الاقتصادي / الاستجابة	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	26 (87%)	4 (13%)	4.760	دالة عند مستوي 0.029
مرتفع	24 (63%)	14 (37%)		

6- من حيث الأجهزة والمستلزمات الطبية :

المستوى الاقتصادي / الاستجابة	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	20 (69%)	9 (31%)	0.510	غير دالة
مرتفع	23 (61%)	15 (40%)		

7- من حيث عدد الأسرة:

المستوى الاقتصادي / الاستجابة	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	15 (65%)	8 (35%)	0.236	غير دالة
مرتفع	17 (59%)	12 (41%)		

8- هل تعتقد أن الإجراءات اللازمة لعلاج الطلاب؟

المستوى الاقتصادي / الاستجابة	معقدة ك (%)	بسيطة ك (%)	قيمة كا2	ستوى الدلالة
منخفض	9 (31%)	20 (69%)	0.127	غير دالة
مرتفع	10 (27%)	27 (73%)		

9- هل تعتقد أن الخدمات الطبية التي تقدمها المستشفي للطلاب ؟

المستوى الاقتصادي / الاستجابة	جيدة ك (%)	متوسطة ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	23 (72%)	9 (28%)	0.000	غير دالة
مرتفع	28 (72%)	11 (28%)		

10- هل تتوافر الأدوية التي يكتبها طبيب التأمين الصحي في صيدليات التأمين الصحي ؟

المستوى الاقتصادي / الاستجابة	غالباً ك (%)	أحيانا ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	20 (63%)	11 (34%)	1 (3%)	2.082	غير دالة
مرتفع	19 (49%)	16 (41%)	4(10%)		

11- هل هناك أدوية لا يعطيها التأمين الصحي للطلاب؟

الاستجابة المستوي الاقتصادي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	(%53) 17	(%79) 15	0.322	غير دالة
مرتفع	(%60) 21	(%40) 14		

12- هل يقوم التأمين الصحي بتغطية الأمراض المزمنة مثل (الكبد الوبائي، الدرن، الصرع) والتي تحتاج إلى علاج لفترات طويلة؟

الاستجابة المستوي الاقتصادي	إلى حد كبير ك (%)	إلى حد ما ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	(%79) 22	(%21) 6	0.339	غير دالة
مرتفع	(%72) 26	(%28) 10		

13- هل هناك أمراض تؤثر على مستوى التحصيل الدراسي للطلاب؟

الاستجابة المستوي الاقتصادي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	(%90) 28	(%10) 3	0.539	غير دالة
مرتفع	(%95) 37	(%5) 2		

14- هل هناك إجراءات يتخذها التأمين الصحي للوقاية من هذه الأمـراض أو تشخيصـها أو علاجها؟

الاستجابة المستوي الاقتصادي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	(%88) 22	(%12) 3	0.255	غير دالة
مرتفع	(%83) 30	(%17) 6		

5- هل ترى أن خدمات التأمين الصحي على مر السنوات؟

الاستجابة المستوي الاقتصادي	تتحسن ك (%)	كما هي ك (%)	تتدهور ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	(%48) 15	(%39) 12	(%13) 4	0.135	غير دالة
مرتفع	(%51) 20	(%39) 15	(%10) 4		

16- هل تعتقد أن الخصخصة ستؤدى بخدمات التأمين الصحي إلى؟

الاستجابة المستوي الاقتصادي	التحسن ك (%)	التدهور ك (%)	لا أدري ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	14 (48%)	1 (3%)	14 (48%)	0.919	غير دالة
مرتفع	14 (37%)	2 (5%)	22(58%)		

17- هل تعتقد أن نظام التأمين الصحي المدرسي قد حقق الفائدة المرجوة منه؟

الاستجابة المستوي الاقتصادي	إلى حد كبير ك (%)	إلى حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	16 (50%)	14 (44%)	2 (6%)	1.860	غير دالة
مرتفع	15 (39%)	18 (46%)	6 (15%)		

جدول (12)

دلالة الفرق بين استجابات الأطباء بعيادات ومستشفيات التأمين الصحي باختلاف سنوات الخبرة

1- هل تعتقد أن نظام التأمين الصحي قد ساعد على تحسين الحالة الصحية للتلاميذ؟

الاستجابة سنوات الخبرة	إلي حد كبير ك (%)	إلي حد ما ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
1-5 سنوات	18 (72%)	7 (28%)	0.161	غير دالة
أكثر من 5 سنوات	46 (68%)	22 (32%)		

2- هل تعتقد أن بعض التلاميذ يتمارضون للحصول على إجازة ؟

الاستجابة سنوات الخبرة	غالباً ك (%)	أحياناً ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
1-5 سنوات		17 (68%)	8(32%)	1.291	غير دالة
أكثر من 5 سنوات	3 (5%)	40 (62%)	22(34%)		

- هل إمكانيات المستشفى تسمح بتقديم خدمات جيدة للطلاب ؟

3- من حيث تخصصات الأطباء :

الاستجابة سنوات الخبرة	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
1-5 سنوات	19 (79%)	5 (21%)	10.733	دالة عند مستوي 0.001
أكثر من 5 سنوات	66 (99%)	1 (2%)		

4- من حيث عدد الأطباء:

الاستجابة سنوات الخبرة	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
1-5 سنوات	18 (75%)	6 (25%)	0.146	غير دالة
أكثر من 5 سنوات	52 (79%)	14 (21%)		

5- من حيث عدد الممرضات :

الاستجابة / سنوات الخبرة	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
1-5 سنوات	19 (79%)	5 (21%)	0.020	غير دالة
أكثر من 5 سنوات	49 (78%)	14 (22%)		

6- من حيث الأجهزة والمستلزمات الطبية :

الاستجابة / سنوات الخبرة	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
1-5 سنوات	16 (67%)	8 (33%)	0.000	غير دالة
أكثر من 5 سنوات	42 (67%)	21 (33%)		

7- من حيث عدد الأسرة:

الاستجابة / المستوي الاقتصادي	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
منخفض	11 (61%)	7 (39%)	0.400	غير دالة
مرتفع	36 (69%)	16 (31%)		

8- هل تعتقد أن الإجراءات اللازمة لعلاج الطلاب؟

الاستجابة / سنوات الخبرة	معقدة ك (%)	بسيطة ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
1-5 سنوات	9 (38%)	15 (63%)	2.616	غير دالة
أكثر من 5 سنوات	13 (21%)	50 (79%)		

9- هل تعتقد أن الخدمات الطبية التي تقدمها المستشفي للطلاب ؟

الاستجابة / سنوات الخبرة	جيدة ك (%)	متوسطة ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
1-5 سنوات	19 (76%)	6 (24%)	0.058	غير دالة
أكثر من 5 سنوات	50 (74%)	18 (27%)		

10- هل تتوافر الأدوية التي يكتبها طبيب التأمين الصحي في صيدليات التأمين الصحي ؟

الاستجابة / سنوات الخبرة	غالباً ك (%)	أحيانا ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
1-5 سنوات	15 (60%)	10 (40%)		1.971	غير دالة
أكثر من 5 سنوات	39 (57%)	24 (35%)	5 (7%)		

11- هل هناك أدوية لا يعطيها التأمين الصحي للطلاب؟

الاستجابة / سنوات الخبرة	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
1-5 سنوات	11 (48%)	12 (52%)	0.185	غير دالة
أكثر من 5 سنوات	35 (53%)	31 (47%)		

12- هل يقوم التأمين الصحي بتغطية الأمراض المزمنة مثل (الكبد الوبائي، الدرن، الصرع) والتي تحتاج إلى علاج لفترات طويلة؟

الاستجابة / سنوات الخبرة	إلى حد كبير ك (%)	إلى حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
1-5 سنوات	15 (71%)	6 (29%)		0.347	غير دالة
أكثر من 5 سنوات	44 (71%)	17 (27%)	1 (2%)		

13- هل هناك أمراض تؤثر على مستوى التحصيل الدراسي للطلاب؟

الاستجابة / سنوات الخبرة	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
1-5 سنوات	20 (83%)	4 (17%)	1.074	غير دالة
أكثر من 5 سنوات	61 (91%)	6 (9%)		

14- هل هناك إجراءات يتخذها التأمين الصحي للوقاية من هذه الأمـــراض أو تشخيصـــها أو علاجها؟

الاستجابة / سنوات الخبرة	نعم ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
1-5 سنوات	18 (82%)	4 (18%)	0.010	غير دالة
أكثر من 5 سنوات	48 (83%)	10 (17%)		

15- هل ترى أن خدمات التأمين الصحي على مر السنوات؟

الاستجابة / سنوات الخبرة	تتحسن ك (%)	كما هي ك (%)	تتدهور ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
1-5 سنوات	12 (50%)	11 (46%)	1 (4%)	3.778	غير دالة
أكثر من 5 سنوات	41 (60%)	18 (27%)	9 (13%)		

16- هل تعتقد أن الخصخصة ستؤدى بخدمات التأمين الصحي إلى؟

الاستجابة سنوات الخبرة	التحسن ك (%)	التدهور ك (%)	لا أدري ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
1-5 سنوات	10 (45%)	3 (14%)	9 (41%)	0.894	غير دالة
أكثر من 5 سنوات	28 (34%)	5 (8%)	32(49%)		

17- هل تعتقد أن نظام التأمين الصحي المدرسي قد حقق الفائدة المرجوة منه؟

الاستجابة سنوات الخبرة	إلى حد كبير ك (%)	إلى حد ما ك (%)	لا ك (%)	قيمة كا2	مستوى الدلالة
1-5 سنوات	9 (36%)	14 (56%)	2 (8%)	2.778	غير دالة
أكثر من 5 سنوات	35 (52%)	25 (37%)	8 (12%)		

نتائج الدراسة
وأهم المقترحات لتفعيل التأمين الصحى
لطلاب المدارس

نتائج الدراسة وأهم المقترحات لتفعيل التأمين الصحى لطلاب المدارس*

تركزت الدراسة فى فصولها الأربعة السابقة حول سياسة التأمين الصحى للطلاب فى ضوء سياسات التعليم وتوفير الفرص التعليمية الملائمة والتى تحتل فيها الحالة الصحية مركز الصدارة فى قدرة التلاميذ على التحصيل والتميز وفقا لحالتهم الصحية.

وقد عنت الدراسة فى **الفصل الأول** بتوضيح الإطار العام للدراسة والهدف منها ومنهج وخطوات سير الدراسة. بينما ركزت فى **الفصل الثانى** على العلاقات المختلفة والتى تؤثر بشكل مباشر وعميق على التحصيل الدراسى للتلاميذ، ويعتبر كل من الفقر، والصحة والتعليم ثالوث لا ينفصل أحدهم عن الآخر، فالفقر يؤثر بطبيعته على نصيب الفرد من الرعاية الصحية، وقدرته على التعامل مع الأمراض الكثيرة مثل الأنيميا، والبلهارسيا، وأمراض الكبد بشكل يحد من انتشار المرض سواء للفرد نفسه أو لمن حوله. ويأتى هنا دور التأمين الصحى ليحد من شدة هذه الأمراض إن لم يستطع التغلب عليها. هذا من جانب ومن جانب آخر ما يلعبه الفقر من دور خطير فى العملية التعليمية سواء من حيث الاستيعاب والرسوب والتسرب نتيجة لشدة الفاقة، والتي يعزف عنها أولياء الأمور ويكون البديل عمالة الأطفال ومزيد من الأمية والمرض. وكنتيجة لاعتلال الصحة يتدنى التحصيل الدراسى بين الطلاب بالتبعية يكون الأكثر حظا فى التعليم أكثر حظا فى الرعاية الصحية والتى يلعب فيها المستوى الاجتماعى والاقتصادى دورا محوريا فى كل المنظومة السابقة.

كذلك حاولت الدراسة أن تلقى الضوء على سياسات التأمين الصحى بشكل عام والتأمين الصحى لتلاميذ المرحلة الثانية من التعليم الأساسى بشكل خاص، وتبيان العلاقات المتداخلة وتطور سياسة تطبيق التأمين الصحى فى المدارس منذ عام 1993 وحتى عام 2004.

كما حاولت الدراسة فى هذا الفصل توضيح مؤشرات الرعاية الصحية وفقا لتقارير هيئة التأمين الصحى فى مصر، وتقارير منظمة الصحة العالمية بالنسبة لبعض الدول وموقع مصر من هذا التطور وفقا لما أتفقت عليه الدول الأعضاء فى المنظمة وفقا لاتفاقية "ألما آتا". والذى بمقتضاه تعهدت كل الدول الأعضاء على تحسين أداء نظمها الصحية، على تشمل الرعاية الصحية الجميع بحلول عام 2000، وبالفعل قامت منظمة الصحة العالمية بتقييم أداء

*إعداد : أ.د.لورنس زكرى ، د.فاتن عدلى

النظم الصحية فى البلدان المختلفة، ومدى ما حققته الحكومات من تقدم فى المنظومة الصحية. وكان من الطبيعى أن يتضمن هذا التقرير وضع مصر وقد تم الإشارة إليه بالتفصيل.

ومن الجدير بالذكر انه على الرغم من أن تقرير المنظمة السابق قد اعترف بأن النظم الصحية قد ساهمت مساهمة كبرى فى تحسين الصحة على المستوى العالمى، إلا أن الإدارة السيئة والبيروقراطية المفرطة ونقص التمويل يجلب مساوئ أكثر من المنافع التى يمكن أن تستفيد منها البلدان بشكل عام والدول النامية بشكل خاص، ومن بينها مصر حيث وضحت الإحصاءات الأخيرة أن ما يتحمله الفرد من إنفاق على الصحة ضعف ما تتحمله الحكومة بحوالى ثلاثة مرات، وعلى الرغم من ارتفاع نسبة الإنفاق على الصحة فى معظم البلدان العربية، إلا أن مصر تعتبر أعلى نسبة إنفاق شخصى بالمقارنة لما تنفقه الحكومة. ووفقا لتقرير التنمية الإنسانية فإن مصر احتلت المركز التاسع عشر فى تحقيق العدالة فى انساق الرعاية الصحية بين الدول العربية، والترتيب الخامس والعشرين على مستوى العالم

وقد أوضح الفصل الثانى بعض من هذه المعوقات فى سياسات التأمين الصحى لتلاميذ المدارس بكافة مراحلها مع التركيز على مدارس التعليم الخاص، والذى حاولت الدراسة الوقوف على إيجابيات وسلبيات النظام من خلال الدراسة الميدانية والتى تضمنها الفصل الرابع.

وقد القت الدراسة الضوء فى **الفصل الثالث** على سياسات التأمين الصحى فى الولايات المتحدة الأمريكية ليس على سبيل المقارنة، وإنما محاولة لتفهم حال السياسات الصحية فى أكثر البلدان الرأسمالية وأغناها والتى تعتبر اللامركزية أحد مقومات بناء الدولة. كما بينت التطور التاريخى لنظام التأمين الصحى بها.

وعلى الرغم من أن أحدث التطورات في التغطية الصحية للأطفال جاءت مع تبني برنامج التأمين الصحي للأطفال بالولايات SCHIP عام 1997 إلا أن التأمين الصحي العام على الأطفال يمتد إلى تاريخ بعيد يرتبط هذا التاريخ في الأساس ببرامج المساعدات النقدية لدعم الأسر منخفضة الدخل التي لديها أطفال، وقد ازداد الاهتمام بتوسيع مظلة الرعاية الصحية للأطفال في العقدين الماضيين، واليوم أصبح من حق معظم الأطفال منخفضي الدخل الحصول على التغطية الصحية من خلال برنامجي Medicaid و SCHIP

وعلى الرغم من أن برنامجي المعونة الصحية والتأمين الصحي للأطفال بالولايات المدعومين باقتصاد قوي حققا تقدم ملموس في توسيع التغطية الصحية للأطفال منخفضي الدخل، ومع ذلك فما زال هناك 9 ملايين طفل أمريكي يعوزهم التأمين الصحي. -وهو ما ايده 85-90% من الأمريكيين حسب استطلاعات الرأي العام- أثبتت برامج التأمين الصحي العامة أنها أداة فعالة في تقديم التغطية الصحية للأطفال، ولذلك فمن المهم لتقليل أعداد الأطفال غير المؤمن عليهم توسيع المشاركة في البرنامجين المذكورين حيث أن 76% من الأطفال غير المؤمن عليهم يستحقون التغطية في أحد البرنامجين المذكورين ولكنهم غير مسجلين بهما. ومن المأمول إن الاستمرار في التركيز على تسهيل نظم التسجيل والتجديد وكذلك الجهود التعليمية والتوسعية سوف يسهم في وصول هذه الخدمات إلى هؤلاء الأطفال. ومن ثم سيكون من الضروري كذلك تسجيل الأطفال من أصل لاتيني وغيرهم من أطفال الأقليات وأطفال الأسر المهاجرة (الأسر التي أحد أعضائها على الأقل من المهاجرين) المراهقين، فهؤلاء الأطفال ممن يستحقون التأمين حسب مستوى دخل أسرهم إلا أنهم غير مسجلين بالبرامج.

وتعمل البرامج الصحية سالفة الذكر على تشجيع الأطفال للإنضمام للتأمين الصحة مستخدمة فى ذلك عدة وسائل منها

1. استخدام صور جذابة لأطفال متنوعين بما في ذلك المعاقين.
2. التأكيد على المجانية أو انخفاض التكاليف.
3. ذكر الخدمات التي تقدمها البرامج والتي قد تمثل مصدر جذب للوالدين.
4. التركيز على أن الوالدين سوف ينعما براحة البال بعد التأمين على أطفالهم.
5. الاتصال المباشر بالوالدين سواء تليفونياً أو مواقع الإنترنت.
6. التركيز على الأسر العاملة ومع عدم نسيان الأسر غير المقيدة ببرامج الرفاه.
7. تعريف الأسر بمستوى الدخل الذي يمكن معه الاستفادة من البرامج مع رفع سقف هذا المستوى

ومن الجدير بالذكر أن دراسات أوضحت بعض عوائق تحسين الحالة الصحية للأطفال منخفضي الدخل غير تلك المتعلقة بزيادة إتاحة الرعاية الصحية، وتؤكد على ضرورة التعامل مع أشكال عدم المساواة الاجتماعية التي تقود إلى التباين في الحالة الصحية على أساس العرق أو العنصر والدخل والتعليم.

بالإضافة إلى أنه عندما يتاح للوالدين التأمين الصحي على أطفالهم فإن ذلك، لا يتيح الرعاية فقط بل يقلل أيضاً قلق الوالدين سواء المالي أو غير المالي. فمثلاً وجدت دراسة أن قلق الوالدين حول صحة أبنائهم انخفض بعد التأمين عليهم. وأكدت دراسة أخرى عن الأطفال المقيدين حديثاً بالتأمين أن 73.5% من الآباء إن القلق والخوف والضغوط كانت تستبد بهم عندما كان أبنائهم غير خاضعين لنظام التأمين، وذكر أكثر من ثلث الوالدين (36.2%) أن عدم التأمين على الأبناء يخلق مشكلات مالية للأسر. وفي دراسة حديثة أخرى لخبرات الأطفال المؤمن عليهم في برنامج SCHIP في سبع ولايات وجُد أن غالبية الوالدين (83% يعتبرون هذه البرامج "ممتازة" أو "جيدة للغاية" . ولذلك فإن مد التأمين للأطفال غير المؤمن عليهم يفيد في تخفيف القلق والضغوط لدى الوالدين نتيجة لأنه يقدم الخدمات المطلوبة بأسعار يمكن تحملها. هذه التغطية ضرورية بشكل خاص لوالدي 15-18% من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة للرعاية الصحية.

أما **الفصل الرابع** من الدراسة فهو الخاص بالدراسة الميدانية حيث تم تطبيق أدوات الدراسة فى 23 مدرسة فى محافظات القاهرة والإسكندرية والشرقية والقليوبية. وبلغ عدد العينة 586 تلميذ، 344 ولى أمر، 96 طبيب فى المستشفيات والعيادات، و42 طبيب وزائرة صحية فى المدارس، وقد أشارت النتائج الى أن نسبة عرض الأبناء على مستشفيات التأمين الصحى والإقبال على عيادات التأمين الصحى تزداد بانخفاض المستوى الأقتصادى لأولياء الأمور، كما اتجهت نسبة أعلى من أولياء الأمور ذوى المستوى الاقتصادى المنخفض إلى الاعتقاد بأن التأمين الصحى للطلاب ساهم فى تحسين صحة الأبناء، وأنه كان أحد أسباب الحاق أحد الأبناء بالمدرسة.

هذا واتضح أن نسبة أولياء الأمور الذين يقومون بعرض أبنائهم على مستشفيات التأمين تنخفض بازدياد مستوى التعليم ؛ وأن نسبة أعلى من أولياء الأمور ذوى المستوى التعليمى العالى غير راضية عن الخدمة التى يقدمها طبيب المستشفى وهم غالبا يتجهون إلى العيادات الخاصة عند مرض الأبناء كما أنهم لا يتعقدون أن خدمات التأمين الصحى قد حسنت من الحالة الصحية للأبناء أو من مستوى تحصيلهم. وقد خرجت الدراسة بعدد من النقاط الإيجابية والسلبية والتى تتلخص فى النقاط التالية:

أولا: إيجابيات نظام التأمين الصحى لطلاب:

1. احتفاظ طبيب المدرسة/ الزائرة الصحية بسجل طبى لكل طالب.
2. وجود طبيب/زائرة الصحية فى معظم المدارس يلجأ إليها الطلاب عند مواجهتم أى مشكلة صحية.

3. علاج الحالات المزمنة أو طويلة المدى أو العمليات الجراحية.
4. استفادة ذوى المستويات المنخفضة من نظام التأمين والجوء إلى العلاج فى العيـادات أو المستشفيات بدلا من تفاقم الأمراض أو العلاج عن طريق غير المتخصصين.
5. اكتشاف بعض الأمراض مبكرا خاصة لدى ذوى المستوى الاقتصادى المنخفض.
6. التطعيمات ضد الأمراض مثل شلل الأطفال.
7. اطمئنان أولياء الأمور إلى وجود رعاية صحية مدرسية أثناء تواجد الأبن بالمدرسة.

ثانيا: سلبيات نظام التأمين الصحى للطلاب:

1. عدم تواجد الطبيب أو الزائرة الصحية معظم الوقت أو كل ساعات اليـوم الدراسـى، الأمر الذى أوضحته الدراسة فى بعض المدارس التى عدد طلابها صغير أو مدارس المناطق النائية.
2. بعض أطباء المدارس يعتبرون أنفسهم موظفين ويتجاهلون أنهم أصلا أطباء بمعنـى أنهم يقبلون هذه الوظيفة حيث أن ساعات العمل بها قليلة، ولا تحتاج مجهـودا، هـذا بالإضافة لتجاهلهم الحالات المرضية للطلاب، الأمر الذى أوضحته المقـابلات مـع بعض مديرى المدارس الذين أشاروا إلى سوء معاملة طبيـب المدرسـة الصـحية/ للطلاب وعدم اهتمامهم الكافى بالطلاب ومشكلاتهم الصحية.
3. قصور الدورات التدريبية بالإضافة إلى أن إجراءات تحويل الطلاب للمستشفيات مـن العيادة المدرسية طويلة ومعقدة بعض الأحيان.
4. عدم وجود عمالة لنظافة العيادة المدرسية فى بعض المدارس.
5. نسبة عالية من الطلاب تتجه إلى العيادات الخاصة عند مرضهم، ولا يلجـأون إلـى عيادات أو مستشفيات التأمين الصحى لعدة أسباب منها الازدحام وقلة اهتمام الأطباء وعدم توافر الأدوية المناسبة فى صيدليات التأمين الصحى مما يدل على فقدان الثقـة فى التأمين الصحى، وغالبا ما يلجأ الطالب إلى التأمين الصحى فى حالـة انخفـاض المستوى الاقتصادى أو فى حالة العمليات الجراحية أو الأمراض التى تحتـاج إلـى علاج طويل المدى؛ حيث تكون التكلفة المادية مرتفعة، ومازال عدد كبير من أوليـاء الأمور لا يشعرون بالتأثير الإيجابى لنظام التأمين الصحى للطلاب على صحة أبنائهم أو تحصليهم الدراسى،كما لم يشعرون بأنه قد وفر من ميزانية الأسرة. وأنه لم يحقق الفائدة المرجوة منه، وإن كانت نسبة غير قليلة من أولياء الأمور يرون أن خـدمات التأمين الصحى للطلاب تتحسن على مر السنوات.
6. وجود قصور فى بعض الإمكانيات فى مستشفيات التأمين الصحى التى يجب توفرهـا لضمان الجودة للخدمات مثل عدد الأسرة وعدد الممرضات والأطباء.

7. تعقد الإجراءات اللازمة لعلاج الطلاب بالمستشفيات، كما أن نظـام الـربط الثابـت للمدارس على الوحدات الصحية ومستشفيات معينة للتأمين الصحى لا تترك للطالب المريض حرية اختيار جهة العلاج.
8. عدم توفر خدمات التأمين الصحى للطلاب فى المناطق النائية والقرى

وتخرج الدراسة ببعض المقترحات التى من شأنها أن تسهم فى تحسـين خـدمات التأمين الصحى لطلاب المدارس والتى تتلخص فى النقاط التالية:

أن تكون القوامة للحكومة باعتبارها المسئول الأول على توفير الصحة للجميـع، وأن تشترك كل من وزارتى الصحة والتعليم فى وضع معايير دقيقة وملزمة سـواء للتمويـل أو التقويم المستمر للسياسات التأمين الصحى.

رفع وعى أولياء الأمور بالمخاطر الصحية التى تعترض أبنائهم مـن خـلال عقـد الندوات واللقاءات والتى من المفترض أن يقوم بها طبيب المدرسة والزائرة الصحية بالتعاون مع أعضاء هيئة التدريس بالمدرسة

رفع وعى التلاميذ وتبصيرهم بالأمراض والتطورات البيلوجية التى يخبرونهـا فـى مراحل النمو المختلفة.

إشراك المجتمع المحلى ومنظمات المجتمع المدنى والمعنيـة بالمشـكلات الصـحية والبيئية فى وضع سياسات التأمين الصحى للطلاب.

إشراك منظمات المجتمع المدنى فى الدراسات والمسوح الصحية المختلفة وخاصة فى الأماكن الريفية وهوامش المدن، والتى يكثر فيها الفقراء وأمراض الفقر.

وضع استراتيجية تنظيمية تميز بين التأمين الصحى العام، وبين العيـادات الخاصـة وتعزيز التقويم الذاتى.

إشراك المنتفعين من التأمين الصحى (تلاميذ وأولياء أمور) وهيئات التـدريس فـى عملية التقويم المستمر.

زيادة حصة المنافع المقدمة (الدواء والتحاليل) بما يسهم فى علاج مجدى للتلاميذ.

التدريب المستمر للأطباء العاملين بخدمات التأمين الصحى.

التدريب المستمر للزائرات الصحيات العاملات بالمدارس وخاصة فى مجالات النمـو والأمراض المرتبطة بها.

تبصير الطلاب بحقوقهم فى تلقى خدمات التأمين الصحى ووسائل الحصول على هذه الخدمات.

أن لا يقتصر الكشف الأولى على الممارس العام، وأن يشترك الطبيب الاخصائى بشكل دورى فى التشخيص والذى يستدعى تواجده داخل المدرسة مرتين فى الأسبوع على الأقل.

الحد من الإجراءات البيروقراطية التى تستنفذ الجهد والوقت وتفاقم المرض، حيث يتم مباشرة عرض الحالات الخاصة على الطبيب الاستشارى مباشرة.

مراعاة الجودة والمراقبة لعيادات التأمين الصحى فى المدارس والمستشفيات المختلفة.

أن يراعى فى تقديم الخدمات الصحية طبيعة كل منطقة جغرافية (ريف وحضر) والتى تختلف فى امراض الأطفال.

ضرورة الكشف الدورى مع بداية العام الدراسى للتعرف المبكر على المشكلات الصحية للتلاميذ.

مراعاة الاختلاف بين النوع الاجتماعى (ذكر/أنثى) فى تقديم الخدمات الصحية سواء من خلال التوعية أو من خلال تقديم العلاج والمشورة الصحية.

تخصيص جزء من المعونات الدولية للتعليم فى تغطية احتياجات التأمين الصحى للطلاب.

العمل على زيادة المعدات الأساسية واللازمة للتشخيص المبكر فى عيادات التأمين الصحى سواء فى المدارس أو المستشفيات.

ضرورة تحليل اتجاهات نفقات التأمين الصحى والعمل على سد العجز فى الموارد بين المناطق المختلفة بما يسهم فى تحقيق العدالة الصحية.

إنشاء قاعدة بيانات وسجلات طبية لكل تلميذ سواء ممن تلقوا الخدمة أو لا.

تطبيق مبدأ الطب الوقائى، والذى يعنى الوقاية الأولية قبل الإصابة بالأمراض.

إعطاء الطلاب المرضى حرية اختيار الطبيب المعالج بعد مراجعة ولى الأمر.

تحديد حزمة المنافع والخدمات المقدمة للتأمين الصحى للطلاب والتى تستند على الأسلوب العلمى من خلال المسوح الطبية بما يتفق مع الاحتياجات الفعلية للمريض.

إعادة النظر فى المركزية المطلقة فى تطبيق سياسات التأمين الصحى.

إعادة هيكلة سياسات التأمين الصحى بشكل عام، والذى لا يمكن أن ينفصل عن سياسات التأمين الصحى للطلاب.

وضع مؤشرات ومعيار لقياس جودة الأداء على أن يشترك فى وضعها الأطباء المتخصصين وممثلى المجتمع المدنى المعنية، والمنتفعين من خدمات التأمين الصحى.

مراعاة تحسين الجودة وخاصة فى مجال التمويل بما يتناسب مع اقتصاديات السوق.

ملاحق الدراسة

الهيئة العامة للتامين الصحى

فرع شمال غرب الدلتا

إدارة الشئون الطبية

قسم التثقيف الصحى

جدول الاعمال الخاص بقسم التثقيف الصحى

على كل مسئول ان يضع خطة مع برنامج زمنى محدد للتنفيذ فى شكل :-

ندوات – محاضرات – دورات تدريبية – ورشة عمل – المشاركة فى الانشطة المدرسية – مسابقات – تغطية اعلامية – الاذاعة المدرسية – وسائل الايضاح المختلفة .

بالاضافة الى :-

- تشكيل فرق عمل للتثقيف الصحى للتنفيذ .
- الاتصال بالجهات المختلفة المرتبطة بالمدارس لاشراكها فى برنامج التثقيف الصحى مثل (مديرية التربية والتعليم – هيئة الاستعلامات – الجمعيات الاهلية المختلفة – وسائل الاعلام)

وذلك فى الموضوعات الاتية :-

١) التوعية البيئية .

٢) الغذاء الصحى السليم مع التركيز على شرح (العناصر الغذائية – الأمراض الناجمة عن سوء التغذية – الغذاء الصحى)

٣) النظافة العامة والنظافة الشخصية .

٤) الوقاية من الأمراض المعدية .

٥) مكافحة الدرن و أمراض الجهاز التنفسي .

٦) الوقاية من الحمى الروماتزمية .

مع التركيز فى المرحلتين الإعدادية والثانوية على :-

٧) الصحة الإنجابية

٨) التدخين والإدمان

٩) وما يستجد من موضوعات تحتاج لعمل لتثقيف صحى .

مع تحيات قسم التثقيف الصحى ،

مسئول التثقيف الصحى	مدير عام إدارة الشئون الطبية
د / يسرية احمد بسيونى	د / محمد مصطفى الطلخاوى

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع شمال غرب الدلتا
إدارة الشئون الطبية
قسم التثقيف الصحي

استمارة لبيان أنشطة التثقيف الصحي
خلال شهر ....

التاريخ	نوع النشاط	المكان	المثقف الصحي	الفئة المستهدفة	التقييم

مع تحيات قسم التثقيف الصحي ،

مسئول التثقيف الصحي

د / يسرية احمد بسيونى

مدير عام إدارة الشئون الطبية

د / محمد مصطفى الطلخاوى

الهـ العامة للتامين الصحى
فر شمال غرب الدلتا
ا ة الشئون الطبية
ة التثقيف الصحي

إلى مسئولي التثقيف الصحي بالمناطق

تم ا صية بالآتي :-

تشكيل فريق عمل للتثقيف الصحى بكل منطقة .

وضع خطة للتثقيف الصحى بكل منطقة و ارسال صورة منها لادارة الشئون الطبية بالفرع للاطلاع على ما يقوم به المنطقة من انشطة للتثقيف الصحى مع تحديد ذلك بجدول زمنى محدد وارسال إحصائية فى نهاية كل شهر يتحدد فيها ما تم انجازه بالفعل من الخطة .

الاتصال بالجهات المعنية بالاطفال والشباب مثل (مديرية التعليم – هيئة الاستعلامات – الجمعيات الاهلية – وسائل الاعلام) للتنسيق معها واشراكها فى برامج التثقيف الصحى .

تحديد الموضوعات الاتية للبدء فى التثقيف الصحى :-

- التوعية البيئية .
- الغذاء الصحى السليم مع التركيز على شرح (العناصر الغذائية – الامراض الناجمة عن سوء التغذية – الغذاء الصحى)
- النظافة العامة والنظافة الشخصية .
- الوقاية من الامراض المعدية .
- مكافحة الدرن وامراض الجهاز التنفسى .
- الوقاية من الحمى الروماتيزمية .

مع التركيز فى المرحلتين الإعدادي والثانوي على :-

- الصحة الإنجابية
- التدخين والإدمان
- وما يستجد من موضوعات تحتاج لعمل تثقيف صحى

مع الـ يز على عمل توعية باهمية النظر واهمية التغذية السليمة فى مكافحة ضعف الابصار مع ترسيـ سلوكيات الإيجابية ومحاربة السلوكيات السلبية التى تؤدى ضعف الابصار وفقد البصر

مسئول التثقيف الصحى

د / يسرية احمد بسيونى

الهيئة العامة للتامين الصحي
فرع شمال غرب الدلتا
إدارة الشئون الطبية
قسم التثقيف الصحي

الصحة و النظافة الشخصية

- صحة الإنسان مسئوليته ويجب ان تكون موضع اهتمامه الشخصي لذا يجب غرس الشعور بالمسئولية وروح الاعتماد على النفس عن طريق التربية الصحية
- يجب ان يعرف كل فرد كيفية العناية بالجسم والخطوات التى يجب ان يتبعها للحفاظ على صحة بدنه وأيضا كيفية الحفاظ على صحة البيئة .
- الفيروسات والجراثيم والبكتريا تضر بصحة الإنسان وكذلك الديدان و بويضها وهى تنتقل من الشخص المصاب بالمرض الى الشخص السليم عن طريق التلوث.
- التلوث يحدث بنقل هذه الميكروبات من براز المصاب الى ما يتناوله الشخص السليم بإحدى الطرق الآتية :-

١) مباشرة : بالأصابع بعد عملية التبرز او بلمس أجسام ملوثه .

٢) عامل وسيط مثل الذباب :

الذباب يحمل الجراثيم على جسمه ثم يلفظها او يتبرز بها او يقف بها على الطعام او الشراب فيؤدى الى تلوثه بهذه الجراثيم .

- أمثلة للأمراض التى تنتشر عن طريق الفم بتناول طعام او شراب ملوث :-

• الديدان المعوية	• الاسهال و الدوسنطاريا
• الالتهاب الكبدي الوبائي (فيروس ا)	• الحمى التيفودية
• الكوليرا	• شلل الأطفال

الهيئة العامة للتامين الصحي
فرع شمال غرب الدلتا
إدارة الشئون الطبية
قسم التثقيف الصحي

٣) عند استعمال المياه يجب مراعاة الاتي :-

- أن يكون مصدرة مأمونا .
- اتباع الأساليب في الحصول عليه
- أن يحفظ في وعاء نظيف تم تنظيفه بعناية قبل حفظ الماء به .
- أن يغطى الوعاء المحفوظ فيه الماء باستمرار جيدا .
- أن يفرغ الوعاء تماما قبل إعادة ملؤه .

٤) وفي المدارس يجب التأكيد على :-

- أن يكون مصدر ماء الشرب مأمونا .
- يجب التأكيد على وجود عدد كاف من دورات المياه والمراحيض النظيفة .
- التأكيد على وجود مرافق لغسيل الأيدي ومكان نظيف للأكل فيه

مع تحيات قسم التثقيف الصحي ،

مسئول التثقيف الصحي	مدير عام إدارة الشئون الطبية
د / يسرية احمد بسيوني	د / محمد مصطفى الطلخاوى

الهيئة العامة للتامين الصحي
فرع شمال غرب الدلتا
إدارة الشئون الطبية
قسم التثقيف الصحي

الوقاية من الإصابة بالأمراض

يجب قطع دورة الانتقال كما يلي :-

1) استخدام المراحيض الصحية وهى الطريقة الوحيدة للتخلص من المصدر الرئيسي للعدوى (البراز) بطريقة صحيحة وسليمة مع تجهيز دورات المياه بوسائل لغسل الايدى مثل الماء والصابون .

2) المواظبة على غسل الأيدي :-
- بعد كل ذهاب إلى دورة المياه .
- قبل القيام بعملية طبخ الطعام .
- قبل تناول الطعام وبعده

3) مكافحة الذباب :-
وذلك بالتخلص المناسب والمأمون من النفايات والبراز وتغطية المراحيض وتغطية الطعام حتى لا يصل إليه الذباب وقتل الذباب باستخدام المبيدات والمضارب السلك .

4) العناية بالطعام :-
- وذلك بطبخة بطريقة صحيحة .
- عدم تناول الخضراوات النية والفواكه الطازجة ما لم تكن القشرة سليمة .
- الخضراوات ذات الأوراق الخضراء تغمر في الخل المخفف (فنجان صغير من الخل على لتر ماء) لمدة ١٥ دقيقة ثم تغسل تحت ماء جاري ورقة ورقة .
- الفواكه الطازجة السليمة يجب أن تقشر عند الأكل .

مع تحيات قسم التثقيف الصحي ،

مسئول التثقيف الصحي	*مدير عام إدارة الشئون الطبية*
د / يسرية احمد بسيوني	*د / محمد مصطفى الطلخاوى*

الهيئة العامة للتامين الصحي
فرع شمال غرب الدلتا
إدارة الشئون الطبية
قسم التثقيف الصحي

دلائل أساسية للنظافة الشخصية

• اغسل يديك بالماء والصابون :-

- فى الصباح عندما تستيقظ .
- بعد الانتهاء من عملية التبرز .
- قبل الاكل وبعده .

• استحم كثيرا :-

- يوميا عندما يكون الطقس حار .
- بعد العمل الشاق او العرق .

والاستحمام يساعد على الوقاية من تكاثر الجراثيم على الجلد وقشرة الرأس ويمنع الإصابة بالبثور و الحكه والطفح الجلدي .

• لا تمش حافي القدمين :-

خاصة اذا قمت بزيارة احد المناطق التى تنتشر فيها البلهارسيا والانكلستوما (فالانكلستوما تخترق الجلد من أخماص القدم وتسبب فقر الدم)

• نظف أسنانك بالفرشاة ومعجون الأسنان خاصة المعجون المحتوى على مادة الفلورايد :-

كل يوم فى الصباح والمساء وكلما اكلت الحلوى واذا لم يكن لديك فرشاة اسنان او معجون يمكنك دعك الأسنان بخليط من ملح الطعام و بيكربونات الصوديوم

الهيئة العامة للتامين الصحي
فرع شمال غرب الدلتا
إدارة الشئون الطبية
قسم التثقيف الصحي

• **قلم أظافرك دائما** : فالجراثيم والبيض الخاص بالديدان تختفي تحت الأظافر الطويلة .

• **لا تبصق على الأرض** : وإذا اضطرت البصق ففي أوعية لها أغطية او مناديل ورقية تلقى بعد ذلك

مباشرة في صندوق قمامة مغلق ، فالبصق يساعد على انتشار الجراثيم بسهولة

• **غط فمك وانفك عندما تسعل او تعطس :**

حتى لا تنتشر الجراثيم التي تكون موجودة في الرزاز الى الآخرين

• اعتنى دائما بنظافة ملابسك وخاصة الملابس الداخلية التى يجب ان تكون نظيفة .

• يفضل استعمال كوب للشرب خاص بك .

• الابتعاد عن استعمال ملابس وأدوات الآخرين .

مع تحيات قسم التثقيف الصحي ،

مسئول التثقيف الصحي	***مدير عام إدارة الشئون الطبية***
د / يسرية احمد بسيوني	***د / محمد مصطفى الطلخاوى***

اله العامة للتامين الصحي
فر شمال غرب الدلتا
إ ة الشئون الطبية
ف التثقيف الصحي

الغذاء
و
التلوث

أولا : التلوث البكتيري

يعتبر هذا النوع من التلوث من اقدم أنواع التلوث التي عرفها الإنسان وأكثرها انتشارا .
والطعام الملوث بالبكتريا الضارة يسبب حدوث العدوى بالأمراض المختلفة مثل التيفود
والباراتيفويد والحمى الراجعة والدوسنتاريا . وقد تقوم البكتريا كذلك بإفراز سموم بالطعام ينتج
عنها أعراضا مرضية مثل الإسهال والقيء و الام البطن وهذه الأعراض قد تكون خطير
تؤدى إلى الوفاة مثل التسمم البوتيولينى الذي تسببه المعلبات والأسماك المملحة الفاسدة .
وتكاثر البكتريا . وبالتالي زيادة معدل إنتاجها للسموم بالغذاء قد يكون قبل أو بعد تناول الغذا
وعادة يكون تأثير الطعام الملوث أسرع واشد اذا ما كان الطعام ملوثا قبل إعداده للاستهلاك .
والأغذية الأكثر عرضه للتلوث بالبكتريا الضارة هي اللحوم ومنتجاتها والدواجن والأسما
والألبان ومنتجاتها ، وكذلك الأغذية المصنعة و المدهية والمعلبات الفاسدة والوجبات السري
التي تباع بالشارع مثل : الكشري والباذنجان المقلي الطعمية.. الخ
ومن أهم مسببات التلوث البكتيري عدم الاهتمام بالنظافة الشخصية ونظافة الأدوات المستخد
وأماكن تحضير الأطعمة وكذلك سوء تداول الغذاء وتخزينه على درجات حرارة غير منا
أو لفترات طويلة تسمح بنشاط البكتريا المسببة للتلوث . ومن مسببات التسمم بهذا النوع أيـ
عدم الطهي الجيد للغذاء وتناول الأغذية من المصادر غير الموثوق بها وخاصة الباعة الجا

ثانيا التلوث بسموم الفطريات (العفن)

و بعض أنواع الفطريات على الأغذية وتفرز سموما شديدة الخطورة على الإنسان حيث
بب سرطان الكبد وخللا بوظائف القلب والأنسجة المختلفة ، وكذلك حدوث تغيرات وراثية
شوه بالأجنة.والأغذية الأكثر عرضه للتلوث بالفطريات (العفن) هى الحبوب مثل : القمح
الذرة ، البقوليات مثل : الفول السوداني والعدس والفاصوليا واللوبيا والبسلة الجافة ، كذا
بز والدقيق إلى جانب الأنواع المختلفة من المكسرات مثل : البندق واللوز ، الفواكه المجففة
ل التين والمشمش والزبيب والقراصيا والبلح .

م مسببات التلوث بهذا النوع من الفطريات هو التخزين السيئ في أماكن حرارتها مرتفعة
طوبتها عالية ، وكذلك طول مدة التخزين وعدم استخدام العبوات المناسبة .

ثالثا : التلوث بالمبيدات

تستخدم المبيدات لحماية الإنتاج الزراعي من مختلف الآفات بهدف زيادة الإنتاج .

وتتواجد متبقيات المبيدات في معظم أنواع الخضر والفاكهة ودهون اللحوم والطيور والأسماك والألبان والأحشاء الداخلية وبعض الغدد الغنية بالدهن والمخ والكلاوي والكبد .

وترجع خطورة المبيدات إلى إنها تؤثر على الجهاز العصبي بصفة خاصة وتحدث خللا في وظائف أعضاء الجسم المختلف مثل الكبد والكلى والقلب، وأعضاء التناسل بل يصل التأثير إلى أهم مكونات الخلية حيث تحدث تأثيرات وراثية أو سرطانية أو تشوه خلقي في المواليد، ويتعدى الأمر إلى خلل في سلوك الأفراد وخاصة الأطفال وخطورة هذه المبيدات ليست فقط في أحداث التسمم الحاد الذي قد يؤدى إلى الوفاة ، و إنما في حدوث سمية مزمنة من خلال التعرض أو تناول الأشخاص لجرعات ضئيلة ولفترات طويلة من حياتهم .

ومن أهم مسببات التلوث بالمبيدات ، الإسراف أو الاستخدام السيئ لها خلال إنتاج وتجهيز وتداول الغذاء ويزيد من خطورة المبيدات الكيماوية عدم الإلمام بكيفية التخلص أو التقليل من متبقياتها بالأغذية المختلفة .

ويلاحظ أن الأطفال هم اكثر أفراد الأسرة تأثرا بأخطار المبيدات وهذا يستوجب بذل المزيد من الجهد لحمايتهم من هذه الأخطار

رابعا : التلوث بالمعادن الثقيلة

اصبح التسمم بالمعادن الثقيلة مثل : الرصاص و الزئبق و الكادميوم و الزنك و النحاس من
ا المشكلات التى تواجه الإنسان فى الوقت الحاضر حيث يؤدى تعرض الإنسان وتناوله
له المعادن الى حدوث بعض الأمراض مثل : الفشل الكلوي والذي زاد زيادة مخيفة فى
الا ة الأخيرة .

ويؤدى هذا النوع من التسمم إلى خلل فى وظائف الكبد وزيادة حالات الإجهاض
وا ميا ، وقد يؤدى كذلك إلى حالات من التخلف العقلي ترجع إلى التأثير الضار لهذه
الم ن على الجهاز العصبي .

والأغذية الأكثر عرضه للتلوث بالمعادن الثقيلة هى : اسماك المياه الملوثة بالمجارى
وم ات المصانع ، وكذلك الخضر والفاكهة المزروعة على جوانب الطرق حيث يعرضها
ذلك تلوث بعادم السيارات ، هذا بالإضافة إلى الأغذية غير المغلفة والمعروضة للبيع على
جو الطرق ومع الباعة الجائلين . وقد يتعرض كذلك لمثل هذا التلوث الأغذية المعلبة –
خاص الحمضية منها والتي تستخدم الرصاص فى لحام عبواتها .

نصائح و إرشادات

مرت مصر بمراحل مختلفة تزايد فيها الشعور بالحاجة للتعليم البيئي والوقاية من التلوث حيث أدت الزيادة في معدلات التلوث في الآونة الأخيرة إلى زيادة معدلات انتشار الأمراض المعدية الخطيرة مثل الفشل الكلوي و أمراض الكبد والسرطان والتغيرات الوراثية ، مما دعا إلى ضرورة النظر في نشر المزيد من الوعي البيئي والإلمام الجيد بمسببات التلوث وتغيير العادات الغذائية وأساليب أعداد الطعام إلى جانب تغيير المفاهيم الراسخة والمتوارثة في هذا الشان . كل ذلك يهدف حصول الأسرة على وجبة غذائية نظيفة وخالية من المواد السامة من خلال اتباع الإرشادات التالية :-

- يجب الاهتمام بالنظافة الشخصية وغسل الأيدي بالماء النظيف والصابون قبل تجهيز الطعام والتأكد من نظافة وغسل أدوات وأماكن إعدادا الطعام في كل مرة قبل استخدامها لتجهيز غذاء جديد وذلك لتفادى انتقال مسببات التلوث من غذاء إلى آخر .
- يجب غسل الخضر والفاكهة غسلا جيدا مع استخدام فرشاة غسيل خاصة ويفضل نقعها لمدة معقولة في الماء الجاري مع تقشير الخضر والفاكهة القابلة للتقشير مثل : البطاطس والخيار والكوسة والجزر والتفاح ... الخ حيث يؤدى ذلك إلى تقليل التلوث بالميكروبات والمبيدات والمعادن الثقيلة.
- يفضل الإقلاع عن عادة استخدام مبشور وقشر البرتقال والبرتقال واليوسفي في عمل الكيك والمربات نظرا لان هذه المناطق تتركز فيها المبيدات .
- يفضل تنويع طبق السلاطة وعدم التركيز على نوع واحد من الخضراوات على أن يحتوى على أحد المكونات الآتية : الليمون ، الجزر الأصفر ، الكرنب ، الجرجير وذلك لاحتواء هذه المكونات على مواد تحمى الإنسان من الإصابة بالسرطان وبعض الأمراض الناتجة عن السمية المزمنة .
- يفضل خلو الوجبات الغذائية أو التقليل قدر المستطاع من المواد التالية : الفلفل الأسود بعض أنواع عش الغراب – البقدونس المصاب بالأمراض الفطرية – البطاطس المزرعة أو المصابة بالحشرات أو المخضرة – البقوليات التي تحتوى على الخنافس والسوس – السكر المحروق حيث اثبت التجارب المعملية إنها تؤدى إلى إحداث تغيرات وراثية أو سرطانية أو تشوه خلقي في المواليد .
- ينصح بالإقلال من استهلاك الأسماك الغنية بالدهون مثل : الثعابين والقراميط . وعند تجهيز الأسماك عموما و إعدادها يجب التخلص من الخياشيم والأحشاء الداخلية وطبقة الدهن الملاصقة لها وغسلها جيدا قبل الطهي (حتى المشوي منها) حيث أن هذه المناطق تعتبر أماكن لتجمع معظم مسببات التلوث ، وكذلك يجب الإسراع في عملية الطهي كلما أمكن ذلك .

- ينصح بإزالة تجميع الدهون في كل من اللحوم والدواجن حيث ثبت أن بقايا المبيدات تتركز في الدهون ، ولذلك يجب التقليل من استهلاك المناطق الغنية بالدهن مثل : المخ والكبد والكلاوى والأحشاء الداخلية .
- يفضل استهلاك الألبان قليلة أو منزوعة الدسم مع مراعاة غلى كافة أنواع الألبان السائلة مع تقليبها لمدة عشر دقائق من بداية الغليان وبخاصة الألبان المستخدمة في غذاء الأطفال .
- يفضل مراعاة الآتي عند طهي الطعام :-

- الطهي الجيد الطعام على درجات حرارة عالية ولمدة طويلة لضمان التخلص من جزء كبير من مسببات التلوث .
- سلق الخضراوات بصفة عامة قبل طهيها وبخاصة الورقية منها مع التخلص من ماء السلق ويعتبر ذلك ضروريا لإزالة متبقيات المبيدات .
- عند تحمير أو قلي الأطعمة نستخدم كمية صغيرة من الزيت على إلا يعاد استخدامها أو تسخينها مرة أخري بعد انتهاء القلي ، مع مراعاة عدم رفع درجة حرارة الزيت لدرجة التدخين لتقليل تكوين المركبات السامة الناتجة عن تسخين الزيت ، ويجب عدم إضافة الزيت النظيف الجديد إلى الزيوت السابق استخدامها في القلي .
- عدم استخدام ورق الألومنيوم في طهي الأطعمة واستخدامه فقط في حفظ الأغذية الباردة

- ينصح بالتركيز على استهلاك الأغذية الطبيعية والإقلال قدر الإمكان من الأغذية المضاف إليها مكسبات الطعم والرائحة الصناعية غير المصرح باستخدامها .
- يجب عدم استهلاك أية أغذية معلبة بها أية درجة من درجات الانتفاخ أو التشوهات ، أو حالة وجود صدأ على العلبة من الداخل او الخارج.
- يجب عدم تناول اللحوم المصنعة مثل : اللانشون والسجق والبسطرمة إذا حدث بها أي تغيير في اللون أو الرائحة أو إذا اصبح ملمسها لزجا .
- يجب عدم تناول أية أطعمة مصنعة غير مغلفة أو مشكوك في مصدرها أو طريقة تصنيعها أو التي انتهت مدة صلاحيتها وخاصة بالنسبة للأطفال . وكذلك يراعى عدم تناول أية أطعمة من الباعة الجائلين مثل : الكشري والبطاطس والباذنجان المقلي والطعمية والآيس كريم وغيرها .
- يفضل التأكيد على نظافة خزانات المياه بصفة دورية كل شهر حيث تعتبر مناطق لتجميع مسببات تلوث . لذلك يفضل غلى الماء وخاصة المستخدم للأطفال لتقليل التلوث الميكروبي وينصح باستخدام مرشحات المياه (الفلتر) مع ضرورة تنظيفها صباح كل يوم .

- يراعى الآتي عند حفظ أنواع الأغذية المختلفة في الثلاجة أو الفريزر :-
  - وضع الفاكهة والخضر بدون الثلاجة قبل الاستهلاك وذلك لوقف نمو ما قد يكون بداخلها من يرقات الحشرات والتقليل من أضرارها .
  - حفظ المكسرات بعد التقشير وكذلك الدقيق بالثلاجة أو الفريزر لحمايتها من احتمال تعرضها للآفات .
  - عدم تجميد وتسبيح اللحوم والدواجن والأسماك أكثر من مرة ويفضل وضعها في عبوات نظيفة بعد تجزئتها إلى أجزاء صغيرة مناسبة لعدد أفراد الأسرة بحيث يمكن طهيها وهى مجمده مباشرة .
  - تناول الخبز المحفوظ في الفريزر أو الثلاجة بعد خروجه مباشرة وذلك تلافيا لتعرضه للعفن وعدم استهلاك أي جزء منه مصابا بأية نموات خضراء أو سوداء وبيضاء .
  - تفادى حفظ الأطعمة الطازجة مع الأطعمة المطهية أو السابق أعدادها مع مراعاة تنظيف أو تغطية كل منها على حدة
  - عدم ترك الطعام بعد الطهي لفترة تزيد على الساعتين قبل وضعه في الثلاجة مع تجنب تكرار تسخين الطعام المحفوظ بالثلاجة عدة مرات
- يراعى ما يلى عند استعمال العبوات في حفظ الأغذية المطهية بالثلاجة :-
  - استخدام العبوات الزجاجية أو الفخارية المصنوعة من الصاج المطلي .
  - عدم استخدام العبوات المصنعة من البلاستيك .
  - استخدام الأواني المصنوعة من التيفال بحرص بحيث لا يحدث بها أي خدوش تتفاعل مع المادة الغذائية .
- يجب عدم استخدام ورق الجرائد في التعامل مع الأغذية بأي حال من الأحوال (التحمير – التجفيف – التغليف ...... الخ) وذلك لاحتواء الأحبار على بعض المواد السامة التي تضر بصحة الإنسان.
- يجب عدم تكرار استخدام الأكياس البلاستيك في حفظ الأغذية لأكثر من مرة ويفضل عدم استخدام الأكياس القاتمة اللون لاحتوائها على مركبات الكربون الضارة بالصحة .
- يمنع منعا باتا استخدام الايروسولات في المطابخ أثناء أعداد الطعام أو في أي وقت حيث أن هذا النوع من مستحضرات المبيدات مؤهل لان يظل معلق في الجو فترات طويلة ، وله القدرة على النفاذ في الأعماق حتى الحيز المغلق منها ، وفي النهاية يستقر على الأطعمة ويلوثها . ويمكن

الخاتمة

مما سبق يتضح أن الحصول على وجبة غذائية خالية من السموم اصبح من الأمور الملحة للحفاظ

د صحة الانسان . ومن الأمور المسلم بها انه إذا ما ابتعت الإرشادات السابقة المبنية على أسس علمية

م سة فانه يمكن تفادى العديد من المخاطر الناتجة عن وجود العديد من مسببات التلوث السامة في

و اتنا الغذائية وهذا هو دور الاسرة في المقام الاول .

وفى الحقيقة فان الطفل والأم الحامل هما اكثر أفراد الأسرة تأثرا بأخطار تلوث الغذاء ، مما

ي ب مزيدا من الحرص عند إعداد غذائهم والتأكد قدر المستطاع من خلوه من السموم .

فالأطفال أمامهم الفرصة الأطول للتعرض للسموم كما أن قدرتهم على التخلص منها محدود مما

ي هم أهدافا سهلة لفعل هذه السموم .

ويكون الأمر اكثر خطورة بالنسبة للحوامل حيث أن تناولهن لغذاء ملوث خاصة في فترة الحمل

ا لى (الثلاثة اشهر الأولى) يعمل على تشويه الأجنة بدرجات متفاوتة في خطورتها الى حد فقد الطفل

أ ولادته .

ومن الجدير بالذكر أن الأجهزة المعنية تحاول جاهدة تقليل التلوث بأنواعه المختلفة وفيما يخص

ذاء تتبنى هذه الأجهزة سياسة تقليل استخدام مختلف الكيماويات وبخاصة المبيدات ، وعدم اللجوء إليها

في حالات الضرورة القصوى والتأكد من أن متبقيات مختلف المواد السامة عند الحد الذي لا يشكل

ورة على صحة الإنسان .

الهيئة العامة للتامين الصحي
فرع شمال غرب الدلتا
إدارة الشئون الطبية
قسم التثقيف الصحي

الإسعافات الأولية العاجلة
لحالات التسمم الحاد

السرعة مهمة جدا – ابدأ العلاج الاولى بسرعة قبل وصول الطبيب أو قبل ارسال المريض الى المستشفى – احتفظ بعلبة الدواء أو الاقراص التى بها أو السائل الذى تعاطاه واحضرها الى المستشفى مع المصاب بالتسمم – اذا كان السم غير معروف احتفظ بالقيء فى وعاء نظيف أحضره إلى المستشفى .

أولا : إذا كان السم قد اخذ عن طريق الفم :-

- سارع بإخراج السم من المعدة وذلك بإحداث القيء (مثل لمس الجزء المؤخر من الحلق) أو إعطاء شراب عرق الذهب (ملعقة شوربة "٣٠سم" للكبار وملعقة صغيرة "١٥سم" للأطفال وتكرر بعد نصف ساعة فى حالة عدم حدوث القيء – لا تعطى إطلاقا ماء بملح لإحداث القيء .

ولا تساعد على القيء فى الحالات الاتية :-

- إذا كان المصاب في غيبوبة .
- إذا كان المصاب في تشجات .
- إذا كان التسمم نتيجة لتعاطى السموم الاكالة (كالحماض مثل حامض النتريك والكبريتيك والقلويات مثل البوتاسا الكاويا)
- إذا كان التسمم نتيجة لتعاطى الكيروسين أو البنزين .

عند حدوث القيء لابد أن تكون الرأس في مستوى منخفض عن باقى الجسم لمنع دخول القيء فى المسالك الهوائية .

انقل المريض إلى المستشفى فورا .

ثانيا : إذا اخذ السم عن طريق الشم (الجهاز التنفسي) :-

- احمل المصاب التسمم بسرعة إلى مكان متجدد الهواء .
- افتح النوافذ والأبواب .
- اخلع ملابس المصاب بالتسمم اذا كانت ضاغطة على الجسم وفك رباط الرقبة واخلع حذاءه .

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع شمال غرب الدلتا
إدارة الشئون الطبية
قسم التثقيف الصحي

- لف المصاب بالتسمم ببطانية (و ذلك لتدفئته) .
- هدئ من روع المصاب بالتسمم اذا كان واعي لما حوله .
- انقل المريض فورا إلى المستشفى أو اتصال بمركز السموم .

ثالثا : إذا لامس السم الجلد :-

- اغسل الجلد جيدا بماء جاري ولمدة عشرة دقائق على الأقل .
- اتصل بمركز السموم فورا أو انقل المصاب لاقرب مستشفى .

رابعا : إذا لامس السم العين :-

- اغسل العين بسرعة بماء جاري لمدة عشر دقائق على الاقل .
- لا تستعمل أي نوع من القطرات
- انقل المصاب بسرعة إلى اقرب مستشفى

خامسا: في حالات التسمم بلدغه العقرب أو عضة الثعبان :-

- اجعل المصاب يرقد ولا يعمل أي مجهود .
- ضع رباط ضاغط أعلى العضة - لا تضغط بشدة ولابد من جس النبض اسفل الرباط .
- هدئ من روع المصاب وانقله بسرعة إلى المستشفى لاخذ المصل المناسب فورا .

مع تحيات قسم التثقيف الصحي ،

مسئول التثقيف الصحي — *مدير عام إدارة الشئون الطبية*

د / يسرية احمد بسيوني — *د / محمد مصطفى الطلخاوي*

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع شمال غرب الدلتا
إدارة الشئون الطبية
قسم التثقيف الصحي

إرشادات للوقاية من التسمم في المنزل

- جميع الأدوية والمبيدات الحشرية توضع في دولاب مغلق بالمفتاح ، بعيدا عن ايدى الأطفال
- عدم وضع الكيروسين ، الكلور ، البوتاسا الكاوية ، مساحيق التنظيف ، والمبيدات الحشر في أماكن يسهل على الأطفال الوصول إليها (على الأرض وتحت الأحواض) بل يجب وضعها في دولاب مغلق ، كما يجب عدم وضعها في زجاجات مثل الكوكاكولا أو أكوا الشراب .
- الأدوية (سواء الحبوب أو الحقن أو الشرب) التي انتهى تاريخ استعمالها لابد من التخلص منها بإلقائها في دورة المياه أو إعدامها ، أما التي ليس لها تاريخ استعمال تعدم حتى تؤخذ بواسطة الأطفال.
- قبل استعمال أي دواء لابد من التأكد من اسمه على العبوة وطريقة استعماله .
- على الأمهات تعليم الأطفال عدم لمس أو اللعب بأي دواء أو مادة كيماوية .
- عدم إعطاء الأدوية للأطفال على إنها حلوى يأخذها في أي وقت يشاء ، بل هي أدو وتؤخذ وقت الحاجة إليها عند المرض فقط .
- يجب الاحتفاظ بأدوات التجميل بعيدا عن متناول ايدى الأطفال .
- يجب التأكد من إغلاق محبس أنبوبة البوتاجاز جيدا بعد كل استعمال ،ويجب تهوية المكان المتواجد به الأنبوبة المستعملة .

مع تحيات قسم التثقيف الصحي .

مسئول التثقيف الصحي — *مدير عام إدارة الشئون الطبية*

د / يسرية احمد بسيوني — *د / محمد مصطفى الطلخاوي*

الهيئة العامة للتامين الصحي
فرع شمال غرب الدلتا
ادارة الشئون الطبية
قسم التثقيف الصحي

العـيـنين

من نعم الله الكبيرة علينا نعمة الإبصار
فنحن نستخدم عيننا في كل شيء نفعله
لذا فالمحافظة على العينين يعد من أهم الأعمال التي يجب علينا عملها
بعض المشاكل التي تحدث العينين قد تأتي من :-
- نقص فيتامين (أ) فيما نأكل .
- تلوث الوجه ببعض القاذورات والجراثيم .

أمراض العيون تحدث ببطء ولا يتم ملاحظتها في المراحل المبكرة لذا يجب أن نعلم الصغار أن التغذية الجيدة الصحيحة والنظافة تحفظ العين وتحافظ على صحتها وتمنع الإصابة بأمراض العيون وبالتالي ضعف الإبصار والإصابة بالعمى وللكشف على سلامة العين يجب ملاحظة الآتى :-

- هل نظره العين تبدو سليمة .
- هل البياض صافي وواضح

نظافة العين :--

- عند دخول أي جسم غريب أو قاذورات أو حبات رمل داخل العين لا تتركها وإلا ستؤدى إلى التهاب وتلف دائم للعين فيما بعد
- امنع الطفل المصاب من دعك عينيه والجأ إلى الطبيب إذا حدث احمرار بالعين أو وجد بها صديد أو تورمت.
- يجب أن تنظف العين بعناية فائقة مستخدما قطعة قماش نظيفة ثم إحراقها بعد ذلك أو دفنها حتى لا تؤدى إلى انتشار العدوى ومن الممكن استخدام الأصابع بعد تنظيفها جيدا وغسلها عدة مرات وذلك قبل تنظيف العين وبعدها لان انتشار التهابات العيون يحدث بسهولة للمحيطين لذا يجب اللجوء للطبيب فورا عند حدوثه .
- عند وصف الطبيب لاستعمال أحد المراهم يجب الاعتناء الشديد بوضع المرهم داخل العين لان وضعه خارج العين لا يفيد .
- إذا تلاحظ وجود كتلة حمراء مؤلمة على أحد الجفنين قد تكون دمل يجب مراعاة العناية الجيدة بالعين ونظافتها عند حدوثها ونظافة العين وغسلها بماء نظيف دافئ يساعد على تخفيف الألم .
- يجب غسل الوجه والعينين يوميا

ومن الأفضل عدم تجفيفهم لان استخدام فوطة أو قماش غير نظيفة سوف يؤدى إلى نقل الجراثيم للعينين .

محاربة الذباب :-

- منعه من ملامسة العين والوجه لأنة ينقل الجراثيم لهم .
- القضاء على أماكن تجميع الذباب .
- فى المناطق الريفية يجب فصل حظائر الديوانات بعيدا عن المنازل .
- التخلص من القمامة بالطريقة الصحيحة .
- التخلص من الفضلات ومواد الإخراج في المراحيض الصحية .
- متابعة نظافة العين يوميا في الأطفال .

فقد البصر (العمى):-

إذا كان الشخص لا يستطيع رؤية أصابع اليد على بعد متر فهو مصاب بالعمى ويحتاج إلى مسا

انواعه :-

- ولادة الطفل أعمى .
- الإصابة به في الأسابيع الأولى من الولادة أو بعدوى من الأم .
- نقص فيتامين (ا) أو الإصابة بالحصبة أو التهاب الملتحمة (ويحدث بين سنة إلي ٦ سنوات م عمر الطفل)
- فى السن المتقدم نتيجة الإصابة بالكتاراكت

كيفية منع حدوث فقد البصر (العمى) :-

١) محاربة نقص فيتامين (ا) :-

عن طريق التوعية بأهميته ومصادرة وضرورة تناول كميات كافية من الطعام الغنى به .

فيتامين (ا) ضروري للصحة – يحمى البصر – يقي من الإصابة بالعدوى

مصادره :-

منتجات حيوانية (اللبن – الزبد – الكبد (يفيد الجسم على الفور)

مصادر نباتية (الخضراوات والفاكهة الغنية بالكاروتين مثل :

- الخضراوات الخضراء مثل السبانخ والملوخية
- الخضراوات الصفراء مثل الجزر
- الفاكهة الصفراء والحمراء مثل (المانجو ، المشمش ، البرقوق)

٢) العمى الليلي :

عدم الرؤية في الظلام يعتبر علامة مبكرة لحدوث فقد البصر

٣) الحصبة :

- التغذية السلمية المناسبة تجنب حدوث الحصبة التي تؤدى إلى العمى وعند الإصابة با . بة يجب أن يوضع الطفل في مكان مظلم أو ذات إضاءة خفيفة لعدة أيام
  تناول الطعام الغنى بفيتامين (ا) .
- الراحة - تشجيع الطفل على عدم بذل أي مجهود مع ملاحظة عيني الطفل المصاب إذا تلاحظ احمرارهم أو إفراز صديد يجب استشارة الطبيب فورا

ومن السهل منع الإصابة بالحصبة - بالتطعيم في الشهر التاسع من العمر بالتوجه إلى ب الصحة أو مراكز رعاية الأمومة والطفولة في سن ١٥-١٨ شهر للتطعيم بطعم MR (الحصبة – النكاف – الحصبة الألماني)

٤) التراكوما :-

ولمنع الإصابة بها يجب المحافظة على عيني الطفل نظيفتان مع غسلهم بعناية و أبعاد ا ب عنهم

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع شمال غرب الدلتا
إدارة الشئون الطبية
قسم التثقيف الصحي

البرنامج اليومي لمكافحة إصابة العيون وضعف الإبصار

الفحص والتشخيص :-

على الطبيب أو الزائرة فحص عيون التلاميذ والطلاب كل يوم ومحاولة مساعدتهم على غسل وجوههم ومحاولة التعرف على أماكن تجميع الذباب

إصابة العيون :-

كل جرح أو إصابة في العين يجب أن يعتبر خطير لأنة قد يسبب العمى حتى إصابة القرنية بجرح صغير لأنة قد يتلوث ويضر الرؤية إذا لم يعالج جيدا .
إذا تسبب الجرح في حدوث نزف في العين تصبح العين في خطر خاصة إذا كان الألم يتزايد .

العلاج :-

إذا ظلت الرؤية بعد إصابة العين تعالج بمرهم مضاد حيوي للعين وتغطى بشاشة معقمة ناعمة .
إذا لم يحدث تحسن خلال يوم أو اثنان يتم استشارة طبيب العيون .
في حالة الإصابة بجرح غائر (عميق) أو وجود دم داخل العين المصابة خلف القرنية غطى العين وتوجه للطبيب فورا حتى لو كانت رؤية العين جيدة .

كيفية إزالة تجمع قاذورات من العين :-

تستطيع التخلص من القاذورات أو الرمل من العين إذا دخلت فيها بغسلها بالماء الوفير النظيف أو بقطعة من القماش النظيف أو بطرف قطنه مبللة بماء نظيف
إذا كانت أجزاء القاذورات تحت الجفن الأعلى :-

- اقلب الجفن الأعلى لأعلى
- اغسل العين بماء بارد وفير
- ستجد الأجزاء بالتجويف الصغير بجانب جانب الجفن قم بإزالة القاذورات من ركن العين بقماشة نظيفة .
- إذا لم تستطيع التخلص من الأجزاء بسهولة استعمل مرهم مضاد حيوي للعين وغطى العين بغطاء واستشر الطبيب .

الحول :-

أحد عيني المولود أو الطفل الصغير بها حول . غطى العين السليمة بغطاء عين نظيف معقم وذلك عندما يتم المولود ٦ اشهر واستمر في غطاء العين السليمة حتى تستقر العين الأخرى في منتصف العين وهذا قد يستمر من أسبوع إلى أسبوعين .
إذا كان الطفل اكبر من ستة اشهر قد يستمر هذا الغطاء فترة أطول من سنة إلى ٧ سنوات لذا يجب متابعة الحالة مع طبيب .

العين الوردية (التهاب الملتحمة) :-

هذا النوع من الالتهابات يؤدى إلى : احمرار العين - صديد وحرقان في أحد العينين او كلتاهما - الجفون تلتصق ببعضها بعد النوم .
العلاج :-
١- نظف الصديد الذي بالعينين بقطعة قماش نظيفة مبللة بماء مغلي .

٢- ضع مرهم مضاد حيوي للعين وذلك بجذب الجفن الأسفل لأسفل ثم ضع مرهم داخل تجويف الجفن الأسفل مع العين .(وضع المرهم خارج العين لا يفيد)

الوقاية :-

- معظم أنواع التهاب الملتحمة معدي جدا والعدوى تنتشر بسهولة من شخص لأخر لا تدع الطفل المصاب يختلط بالأخرين او يستخدم أدواتهم
- يجب غسل اليد جيدا بعد ملامسة العين
- لان العدوى تنتشر سريعا في المدرسة وفى الأسر والمجتمع لذا يجب اتباع القواعد الشخصية بدقة من المصابين .

التراكوما :-

التهاب مزمن بالملتحمة تصيب الأطفال اكثر من الكبار تنتشر عادة في المجتمعات الفقيرة حيث الإمداد بالماء غير مناسب والمشاركة في الملابس ومياه الغسيل ووجود التصاق كامل في التعامل مما يؤدى إلى انتشار المرض .

الأعراض :-

- احمرار في العين ، دموع .
- بعد شهر أو اكثر تظهر كتلة صغيرة وردية رصاصية اللون تسمى حويصلة من الداخل الجفن الأعلى وترى بعد قلب الجفن .
- بياض العين ملتهب

إذا نظرنا بدقة او بمرآه مكبرة ستظهر حافة القرنية تبدو رمادي وردى لاحتوائها على بعض الأوعية الدموية الدقيقة .

التحام الحويصلات ما يسمى بالتراكوما بعد عدة سنوات تبدا الحويصلات في الاختفاء تاركة علامات بيضاء هذه العلامات التي تجعل الجفن سميك .

الوقاية :-

لان التراكوما تنتشر بسهولة من عين مصاب لأخر فالاكتشاف المبكر للحالة وعلاجها يعد مهم جدا كل الأشخاص وخاصة الأطفال الذين يعيشون مع مصاب بالتراكوما يجب فحص أعينهم وإذا ظهرت أي علامات للإصابة يجب البدء في العلاج مبكرا.

الوسائل الصحية التالية يجب أن يزود بها جميع الناس :-

- انتشار التراكوما ممكن منعه بغسل اليدين والوجه .
- يجب استعمال الفوط نظيفة ويجب أن يكون استعمالها شخصيا .
- محاربة الذباب .
- اتباع قواعد النظافة الشخصية .

محاولة تقديم المساعدة لهؤلاء الذين أصابهم العمى :-

- حاول الوصول إليهم ومعرفة أماكن إقامتهم وتقديم المساعدة إليهم .
- تدريب وتحفيز الأطفال الكبار في المدارس على محاولة مساعدتهم
  - بالوصول لهم و القراءة لهم والتحدث معهم ومساعدتهم على التعليم .
  - إشراكهم في الألعاب والأنشطة المناسبة وتقديم التسهيلات إليهم .
  - محاولة تكوين عيادة متحركة للوصول إليهم في المناطق البعيدة .
  - التحدث عن وتصحيح العادات المحلية في علاج العيون .

مسئول التثقيف الصحى

د / يسرية احمد بسيوني

مدير عام ادارة الشئون الطبية

د / محمد مصطفى الطلخاوى

الهـ العامة للتأمين الصحي
رع شمال غرب الدلتا
مـ شفى جمال عبد الناصر

في اطار الحملة القومية لمكافحة العمى
تحت رعاية
" السيدة الفضلة / سوزان مبارك "
برنامج ندوة
" الكشف المبكر عن اسباب العمى "
الوقاية والعلاج
الخميس ٢٤/١٠/٢٠٠٣

الساعة	الموضوع	المحاضر
١١,٣٠	الاستقبال والتسجيل كلمة الافتتاح	أ٠د ٠/ ماجدة عمر امينة المرأة للمحافظة
١١,ر ١٢	شرح مبسط للتركيب التشريحي للعين	أ٠د ٠/ علي صقر – رئيس قسم الرمد مستشفى طوسون
١٢,٣٠	اسباب العمى عند الوليد والاطفال	أ٠د ٠ فتحي حنفي × رئيس اقسام الرمد واستشاري الرمد بالتأمين الصحي ٠
١ – ١٢	اهم اسباب ضعف الابصار عند الكبار	أ٠د ٠/ ماجدة عمر – استشاري الرمد
١,٣	التوعية وخطة الهيئة في مكافحة العمى التوصيات والختام	أ٠د ٠/ يسرية بسيوني مدير التثقيف الصحي بالتأمين الصحي

دكتورة/ ماجدة عمر
[signature]
امينة المرأة لمحافظة الاسكندرية
٢٤/١٠/٢٠٠٣

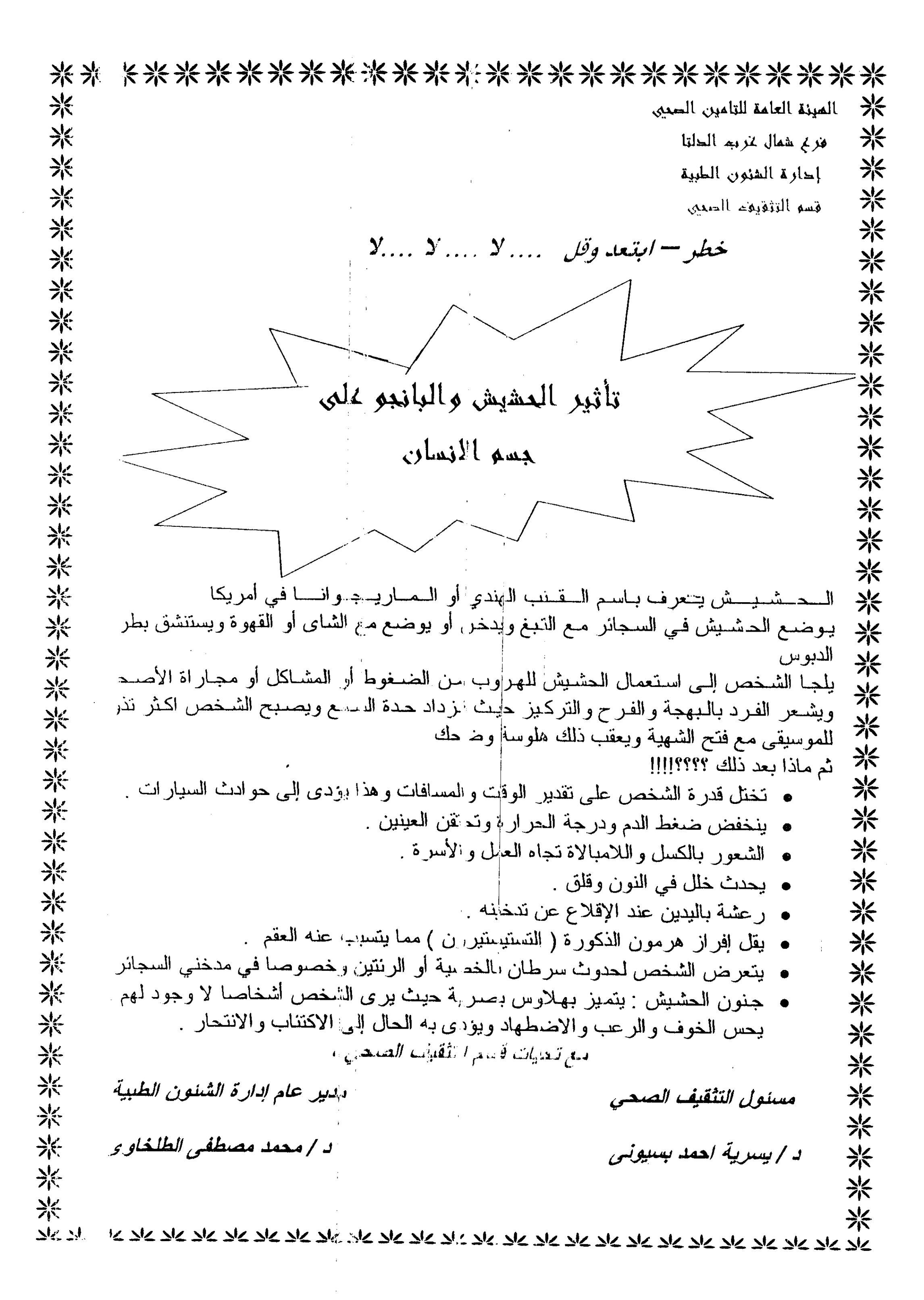
الهيئة العامة للتأمين الصحي

فرع شمال غرب الدلتا

إدارة الشئون الطبية

قسم التثقيف الصحي

خطر — ابتعد وقل .... لا .... لا .... لا



تأثير الحشيش والبانجو على جسم الانسان

الحشيش يتعرف باسم القنب الهندي أو الماريجوانا في أمريكا
يوضع الحشيش في السجائر مع التبغ ويدخن أو يوضع مع الشاى أو القهوة ويستنشق بطر الدبوس
يلجا الشخص إلى استعمال الحشيش للهروب من الضغوط أو المشاكل أو مجاراة الأصد
ويشعر الفرد بالبهجة والفرح والتركيز حيث تزداد حدة السمع ويصبح الشخص اكثر تذ
للموسيقى مع فتح الشهية ويعقب ذلك هلوسة وضحك
ثم ماذا بعد ذلك ؟؟؟؟!!!!

- تختل قدرة الشخص على تقدير الوقت والمسافات وهذا يؤدى إلى حوادث السيارات .
- ينخفض ضغط الدم ودرجة الحرارة وتدفق العينين .
- الشعور بالكسل واللامبالاة تجاه العمل والأسرة .
- يحدث خلل في النون وقلق .
- رعشة باليدين عند الإقلاع عن تدخينه .
- يقل إفراز هرمون الذكورة (التستيستيرون) مما يتسبب عنه العقم .
- يتعرض الشخص لحدوث سرطان الخدمية أو الرئتين وخصوصا في مدخني السجائر
- جنون الحشيش : يتميز بهلاوس بصرية حيث يرى الشخص أشخاصا لا وجود لهم يحس الخوف والرعب والاضطهاد ويؤدى به الحال إلى الاكتئاب والانتحار .

مع تحيات قسم التثقيف الصحي

مسئول التثقيف الصحي — *مدير عام إدارة الشئون الطبية*

د / يسرية احمد بسيونى — *د / محمد مصطفى الطلخاوى*

الهيئة العامة للتامين الصحي
فرع شمال غرب الدلتا
إدارة الشئون الطبية
قسم التثقيف الصحي

خطر - ابتعد وقل ... لا ... لا ... لا ... لا

الافيون ومشتقاته

الافيون هو المادة الفعالة لنبات الخشخاش الذى يعرف بابو النوم وتضم المادة الفعالة المورفين – الكوداييين (ويوجد فى بعض ادوية الكحه) ومواد اخرى يعتبر ادمان الافيون ومشتقاته مثل الهيروين من اصعب انواع الادمان واخطرها يعاطى الهيروين عن طريق الاستنشاق او عن طريق الحقن بالوريد وهذا يعرض المدمن للالتهاب الكبدى الوبائى او لنقل ميكروب الايدز او لحدوث تجلط وانسداد بالاوردة او قد يتعرض المدمن لحساسية شديدة من المواد المغشوشة التى تلخط بالهيروين .

يؤدى ادمان الافيون ومشتقاته الى :-

- غثيان – قيىء – فقدان شهية – امساك شديد – مغص مرارى وهذا يؤدى الى نقص الوزن .
- تدهور فى السلوك حيث يجد المدمن صعوبة فى التركيز ويهمل مظهره وقد يتجه الى الكذب والسرقة للحصول على العقار .
- وجود اثار لحقن فى اوردة الجسم وقد تتحجر الاوردة وتضيق لوجود الجلطات .
- ارتعاشات عضلية – ازمة صدرية – التهابات جلدية .
- جنون المورفين : يصاب المدمن بالقلق وسرعة الغضب وضعف الذاكرة واختلاف الافكار ويتجه الى سرقة بعض اشياء المنزل الثمينة لبيعها للحصول على العقار .
- ضعف فى الرغبة والقدرة الجنسية فى الرجال واضطرابات فى الدورة الشهرية فى النساء .
- ادمان المورفين او الهيروين اثناء الحمل يعرض الحامل للاجهاض او لاودة اجنة موتى او مواليد مدمنين بهم عيوب خلقية .

مع تحيات قسم التثقيف الصحي ،

مسئول التثقيف الصحي	مدير عام إدارة الشئون الطبية
د / يسرية احمد بسيونى	د / محمد مصطفى الطلخاوى

الهيئة العامة للتامين الصحي

فرع شمال غرب الدلتا

إدارة الشئون الطبية

قسم التثقيف الصحي

خطر – ابتعد وقل .... لا .... لا .... لا .... لا

المنومات والمهدئات

مثل الباربيتيورات (سومادبل) • الميثاكوالون – الترانكيلان – الاتيفان والروهيبنول (أقراص الصليبية) . توجد هذه المنومات في بعض الأدوية التي تعالج الصرع مثل كوميتال إلى جانب يلجأ مدمني الهيروين إلى استعمال هذه المنومات بدلا من الهيروين وتوضع هذه المنومات الروهيبنول في الشراب لتسهيل عملية السرقة أو الاغتصاب .

يؤدي إدمان هذه المنومات إلى :-

- ضعف في الذاكرة والانتباه والميل إلى العزلة والاسترخاء .
- صعوبة في التفكير مع بطيء في الكلام .
- صعوبة في الفهم وضعف الحكم على الأشياء .
- كسل وبطئ في المهارات الحركية .
- الشعور بالخمول ثم الميل إلى النوم .
- ترنح في المشي وفقدان توازن الجسم وعند اخذ جرعة زائدة من هذه المنومات يصاب الشخص بغيبوبة قد لا ينجو منها .

إن إدمان المنومات يحطم الإنسان ويجعله خاملا غير قادر على القيام بالعمل والإنتاج والنافع وأسرته ومجتمعه .

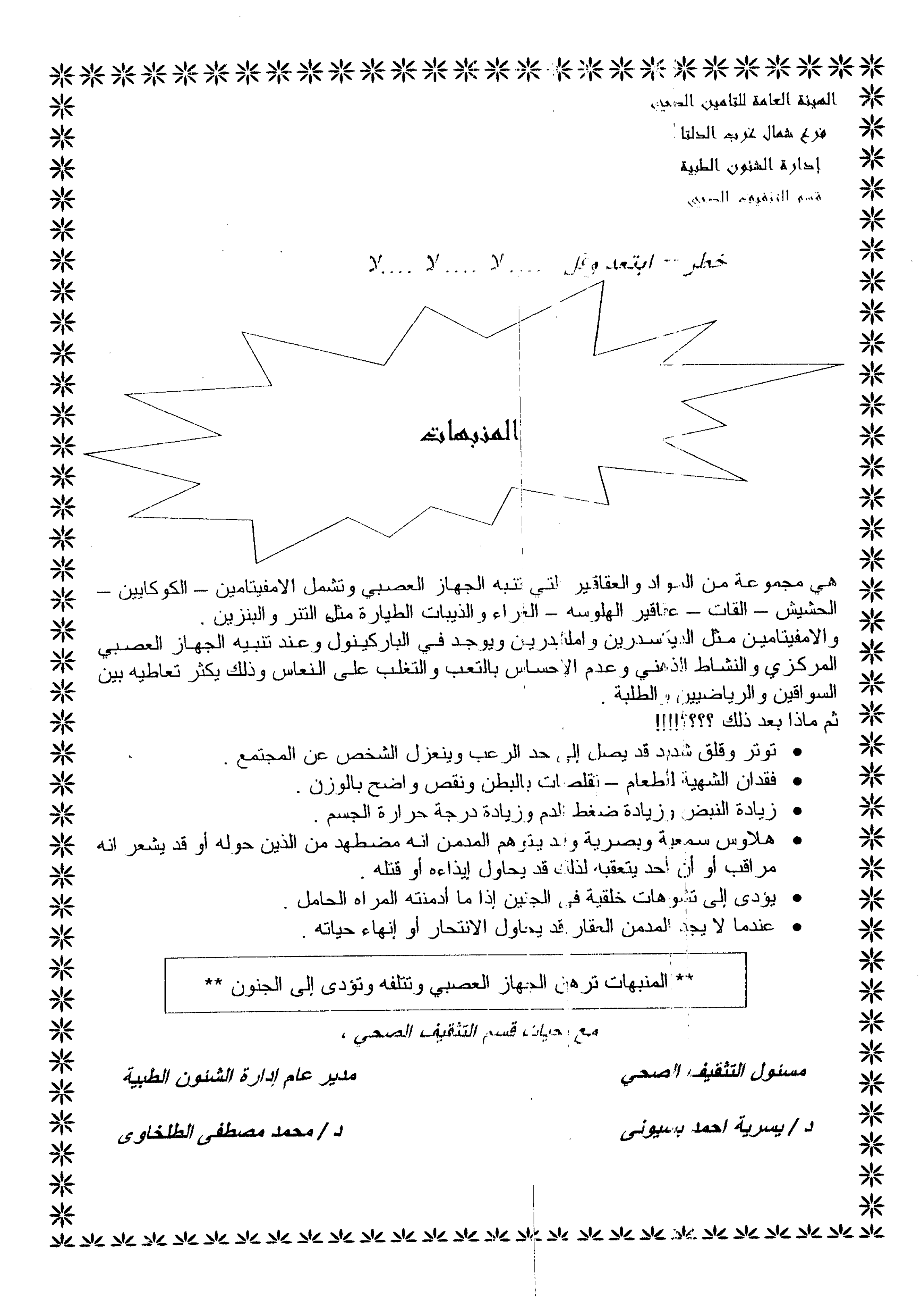
مع تحيات قسم التثقيف الصحي ،

مسئول التثقيف الصحي — *مدير عام إدارة الشئون الطبية*

د / يسرية احمد بسيونى — *د / محمد مصطفى الطلخاوى*

الهيئة العامة للتامين الصحي
فرع شمال غرب الدلتا
إدارة الشئون الطبية
قسم التثقيف الصحي

خطر – ابتعد وقل ... لا ... لا ... لا ...



هي مجموعة من المواد والعقاقير التي تنبه الجهاز العصبي وتشمل الامفيتامين – الكوكايين – الحشيش – القات – عقاقير الهلوسه – الغراء والذيبات الطيارة مثل التنر والبنزين .
والامفيتامين مثل الديكسدرين والميثدرين ويوجد في الباركينول وعند تنبيه الجهاز العصبي المركزي والنشاط الذهني وعدم الاحساس بالتعب والتغلب على النعاس وذلك يكثر تعاطيه بين السواقين والرياضيين والطلبة .
ثم ماذا بعد ذلك ؟؟؟!!!!

- توتر وقلق شديد قد يصل إلى حد الرعب وينعزل الشخص عن المجتمع .
- فقدان الشهية للطعام – تقلصات بالبطن ونقص واضح بالوزن .
- زيادة النبض وزيادة ضغط الدم وزيادة درجة حرارة الجسم .
- هلاوس سمعية وبصرية وقد يتوهم المدمن انه مضطهد من الذين حوله أو قد يشعر انه مراقب أو أن أحد يتعقبه لذلك قد يحاول إيذاءه أو قتله .
- يؤدى إلى تشوهات خلقية في الجنين إذا ما أدمنته المراه الحامل .
- عندما لا يجد المدمن العقار قد يحاول الانتحار أو إنهاء حياته .

** المنبهات ترهق الجهاز العصبي وتتلفه وتؤدى إلى الجنون **

مع تحيات قسم التثقيف الصحي ،

مسئول التثقيف الصحي	مدير عام إدارة الشئون الطبية
د / يسرية احمد بسيوني	د / محمد مصطفى الطلخاوى

الهيئة العامة للتامين الصحي
فرع شمال غرب الدلتا
إدارة الشئون الطبية
قسم التثقيف الصحي

البلهارسيا

تصيب الشخص السليم عن طريق الاستحمام فى الترع والمصارف بعد التبول والتبرز فيها واستعمال هذه المياه الملوثه تسبب المضاعفات الاتية :-

- تضخم الكبد والطحال واستسقاء البطن .
- الحصوات البولية والفشل الكلوى .
- سرطان المثانة والمستقيم .

طرق الوقاية من البلهارسيا :-

تجنب الاستحمام فى الترع والمصارف واستعمال المياه الملوثه مع مداومة فحص البول والبراز بصفة مستمرة ودورية لاكتشاف الإصابة مبكرا .

فى حالات الإصابة بالبلهارسيا :-

فان العلاج سهل ومتوفر حاليا بكافة مستشفيات المتوطنة والوحدات الصحية المدرسية ووحدات صحة الريف" بأقراص الديستوسيد "والتى تعطى عن طريق الفم جرعة واحدة فقط حسب الوزن من قرص الى أربعة أقراص وذلك بعد تناولك إفطار جيد وبمعرفة الطبيب وأمامه شخصيا .

وهذا العلاج يصرف مجانا

عليك الأخذ بأساليب الوقاية بالفحص فى اقرب مستشفى او وحدة صحية واخذ العلاج بالأقراص **مجانا** .

مع تحيات قسم التثقيف الصحي ،

مسئول التثقيف الصحي — *مدير عام إدارة الشئون الطبية*

د / يسرية احمد بسيونى — *د / محمد مصطفى الطلخاوى*

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع شمال غرب الدلتا
ادارة الشئون الطبية
قسم التثقيف الصحي

للنساء فقط

توضيح بعض الأمور وإزالة المفاهيم الخاطئة .

- **بداية الحيض :** من عمر ١٠ – ١٦ سنة ويجب التحري فيما غير ذلك .
- **معدل الحيض :** من ٢٢ – ٣٨ يوم (محسوبة من بدأ دورة الى بدأ التالية).
  وليس هناك ما يدعو للقلق فى حالة التاخر من ذلك عدا عند السيدات الراغبات فى الحمل .
- **مدة الحيض :** من ٣ – ٨ ايام مع احتمال تنقيط قبل بدأ وبعد انتهاء الحيض بيوم ، وقصر الدورة لا يدعو القلق بخلاف زيادة مدتها .
- **كمية الحيض :** هناك فروق بين مختلف السيدات وعادة تكون الكمية الأكثر فى اول يومين او ثلاث ولكن بدون ظهور جلطات ، وظهور جلطات يدعو للاهتمام وزيارة الطبيب .
- **نقاط منتصف الدورة :** يعد هذا فى المعدل الممكن ولن تتراوح من ½ - يوم متزامنا مع وقت التبويض .
- **توقف الحيض** (سن اليأس): والاخير مسمى غير مناسب تماما ، يحدث ذلك عادة ما بين سن ٤٠ – ٤٦ ويسبقه عادة توقف من ٣-٦ اشهر للدورة .

النزف المهبلي الغير طبيعي :-

لغير الحامل : وهذا شائع مع استعمال " اللولب " .

١) **زيادة الحيض :** الحيض الغزير والمصاحب بجلطات دموية ويحتاج لضعف او اكثر عدد الحفاضات عن المستعمل فى الحالات الطبيعية وهو دليل على عديد من امراض الرحم او الحوض او الهرمونات النسائية ويستدعى ذلك التحري واستشارة طبيب النسا الذى عادة يقوم باجراء الفحص العام والنسائي ومسحه لعنق الرحم وعينه من داخل الرحم وقوة هيموجلوبين .

٢) **النزف الغير منتظم :** نزف فى غير وقت الدورة وهذا عرض ذا أهمية كبيرة وخاصة فى صغار او كبار السن ويحتاج لاستشارة سريعة لطبيب النساء ، ويستدعى فى غالب الأمر اخذ عينة من بطانة الرحم .

٣) **نزف ما بعد الجماع :** تزيد أهميته مع زيادة كمينه وفى العادة يعنى مشاكل موضعية بالمهبل او عنق الرحم ويحتاج لفحص نسائى التشخيص والعلاج .

٤) **نزف ما بعد توقف الدورة :** يعد النزف ما بعد ٦ اشهر من توقف الدورة فى سن ٤٠-٤٦ سنة من الاعراض التى تحتاج لاستشارة وفحص نسائى فورى بما فى ذلك من اخذ عينات من عنق وبطانة الرحم .

العلاج : يعتمد ذلك على تشخيص السبب ومدى تطور ذلك ويتراوح من ادوية تتحكم فى نمو الغشاء المبطن للرحم او تتحكم بنظام الهرمونات النسائية او علاج جراحى بسيط مثل ازالة الحمية او تليف من الرحم او مثل استئصال الرحم والمبيضين والانسجة اللمفاوية وحديثا امكن تدمير بطانة الرحم بالليزر وغيره لبعض الحالات .

مع تحيات، قسم التثقيف الصحي
لفرع شمال غرب الدلتا

الهيئة العامة للتامين الصحي

فرع شمال غرب الدلتا

إدارة الشئون الطبية

قسم التثقيف الصحي

على جميع القائمين بعملية التطعيم مراعاة الاتى :-

١) التطعيم مسئولية الطبيب .

٢) تحضير السرنجات وزجاجات التطعيم اللازمة لمستهدف التلاميذ اليومى .

٣) يتم فتح زجاجة واحدة بعد تحضير اعداد التلاميذ المستهدفة ولا تفتح زجاجة اخرى الا ع

الاحتياج .

٤) لا توضع الطعوم فى ضوء الشمس ويجب وضعها افقيا فى كوب من ثلج داخل كيس نايلون

٥) عدم استخدام المطهرات او بعض المضادات الحيوية التى قد تؤثر على الميكروبات الحية .

٦) يعطى كل طعم طبقا لكمية وطريقته الصحية .

٧) اعاده ما يتبقى بالزجاجة بعد انتهاء جلسة التطعيم .

٨) تشكيل لجنة لإعدام السرنجات تتكون من :-

(الطبيب – الزائرة الصحية – مفتشة الزائرات – مفتش طبى اخر المعلمين بالمدرسة)

مع تحيات قسم التثقيف الصحي .

مسئول التثقيف الصحي — مدير عام إدارة الشئون الط

د / يسرية احمد بسيونى — د / محمد مصطفى الطلـ

نصف مليون طفل يصاب بالعمى وضعف الإبصار نتيجة نقص فيتامين "ا"

ثلث هؤلاء يموتون فى بضعة أسابيع

فيتامين "ا"

ضرورى للصحة : -

يحمى البصر ويقي من الإصابة بالعدوى خاصة من الأمراض التنفسية والإسهال .

فيتامين "ا"

يوجد فى شكل

ريتينول	كاروتين (طليعة الفيتامين)
فى المنتجات الحيوانية كاللبن – الزبد – الكبد ويستفيد منه الجسم على الفور	لابد ان يتحول لفيتامين " ا " حتى يستفيد به الجسم - فى الخضراوات والفاكهة الصفراء والحمراء (مانجو – مشمش – برقوق – الجزر) - الخضراوات ذات الورقة الخضراء الداكنة (السبانخ -الجرجير)

- كبسولات فيتامين "ا" مستحضر دوائى من الريتينول
- لبن الأم: غنى بفيتامين "ا" لذا نوصى الأمهات بالرضاعة الطبيعية أطول فترة ممكنة
- لمنع حدوث نقص فيتامين "ا":-
  - مكافحة العدوى
  - التغذية السليمة واحتواء الغذاء على فيتامين "ا" من مصدريه الحيواني والنباتي

رقم الإيداع : ٢٢٣٢٨ / ٢٠٠٤

الترقيم الدولى : I . S . B . N

977- 317-177-9



طبع بمطبعة

المركز القومى للبحوث التربوية والتنمية

البرج الفضى ١٢ شارع واكد متفرع من شارع الجمهورية
القاهرة – جمهورية مصر العربية

- الرمز البريدى ١١٥١١ ص.ب ٨٣٦ العتبة
- تليفون ٥٨٩٠٩٨٠ – ٥٨٩٠٤٨٢ – ٥٨٩١٧٤١ فاكس ٥٩٣٨٧٨٨

- Web Site : http: // www.ncerd.gov.eg
- E-mail : ncerd@ncerd.gov.eg